FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919

N° 282

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Vincent Napoléon VERSINI

RHUMATISME

CERVICO-SCIATIQUE

Président : M. HUTINEL, *Professeur.*

PARIS
VIGOT FRERES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1919

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	N.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Bactériologie	BEZANCON
Pathologie interne	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	I.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD, N.
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONN
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN.
Clinique des maladies infantiles	TEISSIER

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A
BRUMPT	LABBE (Henri)	MULON	SICART
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur HUTINEL

A mes Maitres dans les Hopitaux

A Monsieur le Professeur agrégé NOBÉCOURT

Qui a bien voulu nous aider et nous guider au cours de ce travail, en hommage de notre grande reconnaissance et de notre très respectueuse affection.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

RHUMATISME CERVICO-SCIATIQUE

En suivant la visite de M. le Médecin-Major Nobécourt, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, dans le service des contagieux de F..., nous avons vu en assez grand nombre, des soldats présentant le syndrome de *rhumatisme cervical et de névralgies sciatiques associés.*

Par sa fréquence, par ses caractères cliniques, par ses complications, par les difficultés de diagnostic qu'il entraîne, ce rhumatisme cervico-sciatique mérite d'attirer l'attention des médecins. Aussi nous a-t-il paru intéressant d'en faire une étude, basée sur les observations recueillies depuis 16 mois par M. Nobécourt, avec le concours du médecin auxiliaire Peyre, et pour plusieurs d'entre elles, avec le nôtre.

Le premier malade (1) qui a attiré l'attention de M. Nobécourt, avait été envoyé à l'hôpital des contagieux de Besançon le 28 Décembre 1914, avec le *diagnostic de méningite cérébro-spinale.* C'était un soldat

(1) Les chiffres romains correspondent aux numéros de l'Index bibliographique, placé à la fin de ce travail.

de 20 ans, rhumatisant, fatigué depuis une quinzaine de jours. Il avait été pris assez brusquement de vomissements, de douleurs dans la tête et dans la nuque et de raideur du cou.

A l'entrée, on constatait de la rachialgie, une certaine hypéresthésie généralisée et un peu de Kernig. Une analyse plus attentive des symptômes montra qu'il n'existait pas une véritable raideur de la nuque, mais des contractures de défense provoquées par la douleur. En procédant avec douceur, on arrivait assez facilement à fléchir la tête, les mouvements de rotation étaient beaucoup plus difficile et beaucoup plus douloureux que les mouvements de flexion. La pression localisait certains points douloureux au niveau de la colonne vertébrale. D'autre part, par l'extension de la jambe sur la cuisse on n'obtenait pas la contracture et la limitation du mouvement qui caractérisent le signe de Kernig, mais on provoquait de la douleur caractéristique du signe de Lasègue.

Il était donc permis d'éliminer le diagnostic de méningite cérébro-spinale et de porter celui de rhumatisme. La ponction lombaire retira un liquide clair d'apparence normale. L'aspirine amenait d'ailleurs une amélioration rapide. La nature rhumatismale fut confirmée par l'apparition d'une endocardite mitrale. Celle-ci évolua comme les endocardites rhumatismales. Ce malade au quarantième jour sortait de l'hôpital guéri de ses douleurs cervicales et sciatiques, mais avec un premier bruit légèrement soufflant. Quelque temps après, M. Nobécourt le retrouvait au Conseil de réforme et constatait une insuffisance mitrale.

L'observation que nous venons de relater était restée isolée. En arrivant à F... en Septembre 1915, M. Nobécourt rencontra un cas analogue qui fut suivi d'une série d'autres. Ils furent l'objet d'une communication présentée à, la Société Médical des Hôpitaux le 14 Janvier 1916. Depuis il a précisé dans une série de Mémoires (I, II, III, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI) écrits en collaboration avec M. Peyre, les principaux caractères de l'affection.

Le rhumatisme cervico-sciatique constitue une forme clinique de rhumatismes consistant dans l'association d'arthropathies cervicales, de névralgies sciatiques, de réactions méningées décelées par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Sa nature est démontrée par son apparition chez d'anciens rhumatisants, parfois par l'existence d'autres arthropathies, souvent par des complications cardiaques, endocardites, péricardites, dilatation du cœur et syndromes myocarditiques.

C'est une variété fruste de rhumatismes, en ce sens que les soldats ne sont pas évacués pour cette affection ; mais, soit avec le diagnostic de courbature fébrile ou d'embarras gastrique fébrile, soit avec celui de méningite cérébro-spinale présumée ou affirmée. Il est parfois difficile de le différencier de cette dernière sans le secours de la ponction lombaire.

De même que le rhumatisme articulaire classique, le rhumatisme cervico-sciatique peut être soit idiopathique c'est-à-dire survenir indépendamment d'une maladie déterminée, soit symptomatique d'une autre

maladie. On le rencontre au début des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, à la suite des injections de vaccins antityphiques et antiparatyphiques, au début des ictères infectieux.

De sorte qu'on peut le considérer comme une variété étiologique, d'un syndrome cervico-sciatique, relevant de causes multiples.

Nous étudierons dans les chapitres suivants la symptomatologie, les complications cardiaques, l'étiologie avec les formes cliniques, le diagnostic, le pronostic et enfin le traitement.

SYMPTOMATOLOGIE

Les douleurs de la nuque, les douleurs des membres inférieurs, les modifications du liquide céphalo-rachidien sont les signes importants du rhumatisme cervico-sciatique; ils constituent un véritable trépied symptomatique.

Ces symptômes ne sont d'ailleurs pas également manifestes chez tous les malades. Si certains d'entre eux attirent l'attention sur les douleurs qu'ils éprouvent, chez d'autres, elles demandent à être recherchées. Les uns souffrent surtout de la nuque et peu des membres inférieurs; les autres présentent une localisation inverse.

De même les modifications du liquide céphalo-rachidien revêtent tous les degrés entre les réactions légères et les réactions fortes.

A côté de ces symptômes cardinaux, il existe des symptômes de second plan qui ont cependant leur intérêt. Nous allons successivement passer en revue ces différents symptômes.

1°. — Douleur de la nuque.

La douleur de la nuque revêt une intensité variable suivant les cas. Parfois assez légère pour que le malade ne l'accuse pas spontanément, elle est souvent assez intense pour constituer le symptôme dominant. Alors, le malade immobilise son cou, il a une attitude soudée. Si on essaie de provoquer des mouvements de la tête, il se raidit pour éviter la douleur et c'est alors que le médecin non prévenu pense à la méningite cérébro-spinale. Cependant, dans l'immobilité, la douleur spontanée n'est pas vive.

L'examen méthodique du cou, pratiqué avec douceur, révèle un certain nombre de phénomènes et met en évidence l'importance primordiale de l'élément douloureux.

Dans les cas les plus typiques, les mouvements de rotation du cou provoquent une douleur plus vive que ceux de flexion ; aussi, sont-ils plus gênés que ces derniers.

Si on fait tourner la tête à droite et à gauche, le malade accuse de la douleur dans les parties latérales et supérieures de la nuque surtout du côté opposé à celui vers lequel la face est dirigée. Si on fléchit la tête, la douleur apparaît à la partie supérieure de la nuque.

Quand on provoque ces mouvements, avec une certaine brusquerie, on éprouve presque aussitôt de la résistance. En procédant doucement, progressivement, on arrive dans la plupart des cas, à vaincre cette résis-

tance plus ou moins complètement et surtout celle qu'entraîne le mouvement de flexion.

La palpation de la nuque permet de localiser quelques *points douloureux*. Les points les plus caractéristiques et les plus constants sont situés sur les parties postéro-latérales du cou dans les régions les plus élevées. Ils correspondent aux articulations atloïdo-axoïdiennes (*points atloïdo-axoïdiens*). M. Nobécourt conseille pour les rechercher, de saisir la nuque à pleine main et d'appuyer d'un côté avec l'index, de l'autre avec le pouce un peu au-dessous et en arrière des apophyses mastoïdes. On provoque ainsi une douleur très vive qui souvent fait sauter le malade.

Le même phénomène peut se produire également au niveau des apophyses transverses des premières vertèbres cervicales (*points transverses*); mais généralement, il est moins accusé.

En général, la pression sur les parties médianes de la nuque n'est que peu ou pas douloureuse. Parfois cependant, on provoque la douleur en appuyant sur les ligaments qui unissent les apophyses épineuses (*points épineux*) ou immédiatement au-dessous de l'occipital, un peu en dehors de la ligne médiane, sur le bord interne de la masse musculaire, probablement au niveau des articulations occipito-atloïdiennes (*points occipito-atloïdiens*).

Les localisations que nous venons de préciser, expliquent pourquoi les mouvements qui se passent dans les articulations atloïdo-axoïdiennes sont les plus gênés et les plus douloureux; tandis que les mouvements de

flexion dont le siège est dans les articulations occipito-axoïdiennes sont en général plus faciles.

2°. — Douleurs des membres inférieurs.

Les douleurs des membres inférieurs prêtent aux mêmes considérations que celles de la nuque, quant à leur fréquence et à leur intensité. Tantôt, elles sont spontanément perçues par les malades qui marchent difficilement et restent immobiles dans leur lit, tantôt il faut les chercher.

Les douleurs spontanées sont mal localisées; elles siègent dans les jambes, dans les cuisses, et même dans la région lombaire. L'exploration méthodique met en évidence les points douloureux du sciatique, quelquefois d'un côté, généralement des deux. Le point péronier est le plus constant et le plus caractéristique ; mais on constate aussi plus ou moins au complet les autres points malléolaires, fessiers, lombaires.

Il existe assez souvent de l'hyperesthésie de la peau et des masses musculaires.

La recherche du signe de Lasègue est positive quand la cuisse étant fléchie en voulant étendre la jambe on provoque la douleur caractéristique, le long du sciatique qui se trouve étiré. Quant la douleur est vive, elle provoque de la défense musculaire, aussi peut-on penser à l'existence de la contracture en quoi consiste le signe de Kernig, qui se recherche par la même méthode. Mais si l'on agit avec douceur, on arrive assez facilement à

étendre plus ou moins complètement la jambe, preuve qu'il ne s'agit pas de contracture vraie.

3°. — Modifications du liquide céphalo-rachidien.

Les modifications du liquide céphalo-rachidien constituent le troisième élément symptomatique du rhumatisme cervico-sciatique.

Elles ont une importance variable suivant les cas et celle-ci n'est pas toujours en rapport avec l'intensité des phénomènes douloureux. Elles consistent essentiellement dans l'hypertension et dans l'élévation du taux de l'albumine.

Les réactions leucocytaires sont moins constantes et d'intensité variable.

Le liquide a l'aspect normal; il est clair, limpide comme de l'eau de roche. Il est hypertendu, s'écoule en gouttes rapides et quelquefois même en jet. La quantité retirée varie pour chaque malade; elle est en moyenne de 20 centimètres cubes, elle peut atteindre 35 et même 40 centimètres cubes.

La décompression produite par la ponction amène très souvent une sédation des douleurs et rend plus facile les mouvements du cou. Cette amélioration se produit immédiatement au cours de la ponction ou seulement au bout d'une demi-heure. Elle témoigne du rôle de l'hypertension céphalo-rachidienne dans la production des symptômes.

L'analyse chimique du liquide céphalo-rachidien faite

par MM. Nobécourt et Peyre donne les résultats suivants (V-VI).

L'*urée* est comprise entre 0 gr. 10 et 0 gr. 75 par litre avec une moyenne de 0 gr. 30 par litre.

Les *chlorures* évalués en Nacl varient de 6 gr. 12 à 1 gr. 89 avec une moyenne de 6 gr. 97.

L'*albumine* est presque toujours augmentée. La plus petite quantité par litre est de 0 gr. 06, la plus forte est de 0 gr. 80 et le taux moyen de 0 gr. 32.

Dans des cas observés ultérieurement, MM. Nobécourt, Escallon et Peyre (V) utilisant le procédé de Sicard et Cantaloube ont dosé des quantités d'albumine variant de 0 gr. 10 à 0 gr. 60 par litre.

Les *réactions leucocytaires* sont inconstantes et d'intensité variable.

Dans leurs premières recherches, MM. Nobécourt et Peyre ont constaté par l'examen sur lame des culots de centrifugation des liquides des réactions 11 fois nulles, 16 fois légères, 7 fois fortes.

Plus tard (VI), ils ont fait la numération avec le compte-globules de Malassez et ont trouvé :

NOMBRE DE CAS	NOMBRE DE LEUCOCYTES PAR MILLIMÈTRE CUBE
8	0
21	1 à 9
5	10 à 30
4	130 à 183

La formule leucocytaire est généralement lymphocytique mais souvent mixte avec prédominance tantôt de lymphocytes, tantôt de polynucléaires.

NOM	ENTRÉE	LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN						FORME CLINIQUE
		QUANTITÉ en cent. cubes	TENSION	NOMBRE DE LEUCOCYTES par millimètre cube	FORMULE LYMPHOCYTIQUE	ALBUMINE	EFFET DE LA PONCTION	
Blond..., Ernest.	9 Août	15	+	6	3 à 4 lymphocytes par champ	0.34	Soulag. immédiat	Légère
Bon...	18 Août	25	+	3	9 à 12 lymphocytes par champ. Rares polynucléaires.	0.35	?	Moyenne
Flam.., Maurice.	2 Septemb.	10	=	1	1 à 2 lymphocytes par champ.	0.25	Soulag.	Moyenne
Jol..., André.	4 Septemb.	20	+	8	Rares lymphocytes sur lame.	0.12	Soul. léger immédiat	Légère
Berg...	23 Sept.	20	++	7	Rares lymphocytes.	?	Soulag. léger	Moyenne
Nev...	10 Nov.	20	+	3	Lymphocytes.	0.24		Moyenne
Poit...	25 Nov.	15	+	2	Lymphocycles.	0.15		Moyenne
Leduc.	20 Déc.	15	=	3	Lymphocytes.	0.18		

Les malades observés depuis les publications de MM. Nobécourt et Peyre nous ont permis de faire les constatations suivantes :

4°. — **Autres symptômes.**

A côté des trois symptômes que l'on vient d'étudier, on en trouve d'autres n'ayant pas la même importance pour le diagnostic mais n'en présentant pas moins d'intérêt.

a) *Céphalée.*— Dans certains cas, elle est tenace et persiste plusieurs jours. Elle peut s'accompagner de photophobie et de douleur à la pression des globes oculaires. Elle rappelle donc la céphalée des affections méningées; la ponction lombaire d'ailleurs l'atténue ou la fait disparaître. Un de nos malades a présenté les points sus-orbitaires douloureux.

b) *La température.* — Au début, elle est nulle, modérée ou élevée. Quand elle est nulle en entrant on observe parfois une courte poussée fébrile pendant le séjour du malade à l'ambulance; d'autres fois, la température reste normale et le syndrome douloureux seul existe. Le plus souvent, la fièvre est modérée, la courbe oscille pendant quelques jours entre 38°-39°, puis tombe à la normale.

Il est enfin des cas où le malade a une température élevée 40° et même 41°, mais l'hyperthermie ne persiste pas.

Au bout de cinq, six jours grâce au régime et à l'aspirine la température est à 37°. Dans quelques cas, une semaine après, quelquefois plus, alors que le malade

est sans fièvre et que les douleurs ont diminué ou sont disparues, on constate une légère poussée thermique avec reprise des douleurs.

c) *Le pouls.* — En général, il est en rapport avec la température, normal quand elle est nulle, légèrement accéléré quand elle est modérée, rapide quand elle est élevée. Il est des cas cependant où la température restant normale, on constate une forte accélération du pouls que rien n'explique. Nous reviendrons sur ce point dans un des chapitres suivants.

d) *Tube digestif.* — La langue est généralement blanche ou saburrale, mais sans caractère spécial. L'anorexie est constante.

Presque tous les malades accusent des vomissements au début de l'affection. Chez les uns, ils ont disparu au moment où ils arrivent à l'ambulance ; chez les autres, ils persistent. On constate dans ce cas des vomissements plus ou moins abondants, mais en fusées. Habituellement ils s'arrêtent rapidement grâce à la diète et à la suppression des boissons.

Certains malades constipés depuis plusieurs jours, ont les ventres ballonnés. Un lavement ou 15 à 20 grammes de sulfate de soude ont facilement raison de cette constipation.

D'autres ont de la diarrhée que l'on fait disparaître assez facilement par le régime.

e) *La rate* est percutée systématiquement chez tous ces malades par M. Nobécourt et presque constamment, on la trouve augmentée de volume.

f) *Le foie* est rarement hypertrophié. Dans quelques

cas on le trouve débordant de un ou deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Obs I. — Cap..., 21 ans.

Brusquement céphalée, fièvre, vomissements, douleur dans les jambes. Envoyé d'une ambulance divisionnaire aux contagieux avec la mention (courbature fébrile, vomissement, légère raideur de la nuque, température 39°2).

Contagieux, 30 Octobre. Même état du malade. La raideur de la nuque est absente; par contre, les mouvements des rotations de la tête ainsi que les points atloïdo-axoïdiens sont douloureux. Le trajet du sciatique est également douloureux; on trouve du Lasègue mais pas de Kernig. La température est à 37°.

La langue est blanche, les vomissements s'arrêtent. Le ventre, le foie, les poumons n'offrent rien de particulier. Le cœur a des bruits normaux, le bord droit déborde le sternum, la pointe est dans le 6e espace. De loin en loin des extrasystoles.

On fait une ponction lombaire. Le liquide est hypertendu et contient un leucocyte par millimètre cube.

Le 1er Novembre, les mouvements de la tête sont plus faciles, les sciatiques continuent à être douloureux. Extra-systoles plus fréquentes. Dans les jours qui suivent, le malade va mieux. Le 5 Novembre, le premier bruit est un peu sourd à la pointe; mais cet assourdissement ne dure pas.

Le 17 Novembre, les mouvements de la tête sont tout à fait libres, les sciatiques continuent à être sensibles. La douleur n'est pas spontanée, mais provoquée par la marche.

Le 26 Novembre, le malade quitte l'hôpital guéri.

COMPLICATIONS

D'une manière générale, l'évolution du rhumatisme cervico-sciatique est rapide, et il reste simple.

Assez souvent cependant l'attaque de rhumatisme se porte sur le cœur, plus rarement sur le foie.

Complications cardiaques.

Au cours du rhumatisme cervico-sciatique, le cœur est souvent intéressé; il apparaît des endocardites, des péricardites, des cardiomégalies et quelquefois des troubles du rythme dont la pathogénie est difficile à préciser.

Nous n'envisageons que les formes primitives du rhumatisme cervico-sciatique, nous ne nous occuperons pas des cas où le syndrome est survenu au cours d'une infection déterminée, telle qu'une fièvre typhoïde ou paratyphoïde.

Du 1er Septembre 1915 au 1er Janvier 1917, 1.962 malades ont été hospitalisés à l'Hôpital des contagieux

de F... et sur ce nombre, 114 étaient atteints de rhumatisme cervico-sciatique primitif, soit 5,80 p. 100. Sur ces 114 cas, l'endocarde ou le péricarde ont été frappés 28 fois, soit une proportion de 24,5 p. 100 et les localisations ont été les suivantes :

Endocardite mitrale	10
Endocardite mitrale et aortique	8
Péricardites	4
Péricardités et endocardite mitrale	5
Péricardites et endocardite mitrale et aortique	1

Ces cardiopathies sont observées à tous les âges, mais principalement chez les jeunes comme on peut s'en rendre compte par les tableaux suivants.

Le premier tableau indique le nombre de cardiopathies observées aux différents âges et pour chaque âge, ainsi que le pourcentage de cardiopathies par rapport à la totalité du rhumatisme cervico-sciatique.

AGES	CARDIOPATHIES	POURCENTAGES
20 à 22 ans	12	10,5 pour cent
23 à 25 —	6	5,2 —
26 à 30 —	5	4,3 —
32 à 34 —	4	3,5 —
46	1	0,8 —

On voit que le nombre de cardiopathies diminue avec l'âge.

Dans le second tableau, on a le nombre de cas de rhumatismes et de cardiopathies observés aux différents âges, et l'influence de l'âge apparaît manifestement quand on compare le nombre de cardiopathies et celui des cas de rhumatismes cervico-sciatiques aux mêmes âges.

AGES	RHUMATISMES	CARDIOPATHIES	POURCENTAGES
19 à 22	29	12	41 pour cent
23 à 30	46	11	24 —
31 à 42	37	5	13 —
46	2	0	0 —

Ce tableau confirme les résultats du précédent; il montre que les cardiopathies compliquent d'autant plus rarement le rhumatisme cervico-sciatique que celui-ci survient chez des hommes plus âgés. Le cœur du jeune soldat est donc plus sensible à l'action des agents infectieux du rhumatisme que celui de l'homme adulte. Cette prédisposition présentée par les jeunes sujets est un fait connu depuis longtemps. M. Nobécourt insiste sur ce point dans les leçons sur les endocardites et les péricardites aiguës des enfants (IV). « Il semble, écrit-il, que chez eux l'endocarde ainsi d'ailleurs que le péricarde soient prédisposés à subir l'action des agents pathogènes : cette prédisposition se prolonge pendant l'adolescence et même en s'atténuant chez les adultes jeunes ».

Rare jusqu'à la puberté, le rhumatisme apparaît fréquemment vers 15, 16 ans, et c'est à ce moment qu'il se complique souvent de cardiopathies. D'après le Professeur Weill, il est responsable de l'endocardite dans 50 p. 100 des cas et de péricardite dans 60 p. 100.

Après 25 ans, M. Nobécourt ne trouve plus chez les rhumatisants que 25 à 30 p. 100 de cas d'endocardite et 10 p. 100 de péricardite.

Comme on peut s'en rendre compte par les chiffres déjà cités, les choses se passent de même dans le rhumatisme cervico-sciatique.

Le cœur des soldats atteint de rhumatisme cervico-sciatique doit donc être examiné d'autant plus attentivement que ces derniers sont plus jeunes.

La fréquence des cardiopathies au cours du rhumatisme cervico-sciatique constitue une exception de plus aux lois classiques de Bouillaud.

Bouillaud dit : Dans le rhumatisme articulaire aigu, violent, généralisé, la coïncidence d'une péricardite ou d'une endocardite est la règle et la non-coïncidence l'exception ; et dans les formes apyrétiques, oligo-articulaires légères, l'endocardite ou la péricardite sont l'exception. Or, le rhumatisme cervico-sciatique peut rentrer dans cette seconde catégorie, tout au moins par le peu d'importance des arthropathies.

Dans les rhumatismes cervico-sciatiques, le cœur du soldat se comporte donc comme celui de l'enfant. Chez ce dernier, en effet, « si le rhumatisme se complique volontiers d'endocardite dans ses formes fébriles et généralisées, il en détermine aussi très souvent l'apparition dans ses formes apyrétiques, légères, oligo-articulaires et dans ses formes frustes où la fièvre fait défaut et où les arthropathies sont à peine appréciables » (V). Le rapprochement s'impose entre les cardiopathies du rhumatisme cervico-sciatique et celles qui compliquent le torticolis rhumatismal de l'enfant dû à une arthropathie cervicale.

On voit donc l'importance de surveiller attentivement et tous les jours le cœur des soldats.

Le diagnostic de courbature fébrile, d'embarras gastrique fébrile masque souvent celui de rhumatisme

cervico-sciatique et l'on voit maintenant combien sont fréquentes les cardiopathies dans ce syndrome.

Les antécédents rhumatismaux du sujet semblent favoriser les complications cardiaques du rhumatisme cervico-sciatique. Nous les avons notées surtout chez ceux dont le cœur a été touché. Dans près de la moitié des cas, il s'agissait d'anciens rhumatisants.

Les saisons paraissent avoir également une influence sur le développement des cardiopathies. On étudiera cette question au chapitre de l'Etiologie.

Endocardites.

Le début de l'endocardite est assez variable et ne peut être précisé que par l'auscultation. Les phénomènes généraux sont en effet peu marqués et manquent d'ailleurs souvent; ils n'ont aucune valeur pour le diagnostic. Nous étudierons les symptômes, en insistant surtout sur l'auscultation et la percussion, qui fournissent les deux grands signes de l'endocardite au début.

Au moment de l'apparition de l'endocardite, le malade a de la fièvre ou est apyrétique. Le plus souvent, on voit apparaître l'assourdissement des bruits alors que la température est à 37° depuis plusieurs jours et que les douleurs de la nuque et des membres inférieurs ont disparu : dans ce cas, la courbe thermique ne subit guère de variations; quelquefois cependant on constate un léger mouvement fébrile, mais jamais assez fort pour attirer l'attention sur le cœur. Si l'endocarde est frappé pendant que le malade a encore de la température, on ne constate aucune modification dans la courbe thermique.

Le pouls n'est guère influencé par l'apparition d'une endocardite. Généralement, il suit les variations de la

température; parfois on voit même un pouls lent coïncider avec le début d'une affection cardiaque.

Dans les 108 cas observés. les symptômes subjectifs ou fonctionnels n'ont jamais été bien manifestes. On n'a pas noté de palpitations, de douleur, de dyspnée, d'accélération du pouls. Ce sont donc les signes physiques qui servent à dépister l'endocardite au début.

L'inspection ne fournit guère de renseignements. La palpation peut seulement attirer l'attention sur la pointe du cœur que l'on trouve souvent dans le 6e espace intercostal et en dehors de la verticale mamelonnaire.

La percussion doit être pratiquée chez tous les malades. Presque toujours, dès le début, elle fait découvrir une augmentation de la matité précordiale.

Dans les endocardites du rhumatisme cervico-sciatique, cette augmentation de la matité précordiale est constante. Nous y reviendrons dans un autre chapitre.

L'auscultation, faite tous les jours et attentivement, décèlera les modifications du bruit du cœur qui caractérisent l'endocardite. C'est à la pointe qu'on trouvera le plus souvent ces modifications, car l'endocardite mitrale est la plus fréquente (23 fois sur 27).

Avec Bouillaud, Piorry, Potain, tout le monde admet aujourd'hui, que le premier signe de l'endocardite est l'assourdissement du bruit valvulaire. Le premier bruit entendu à la pointe n'est plus bien frappé; comme dans un cœur normal, il est sourd, étouffé et rappelle, suivant la comparaison classique, celui que produit la fermeture d'une porte, pourvue de bourrelets de caoutchouc.

Le moment où apparaît l'assourdissement est variable, mais généralement précoce. On l'a constaté :

3	fois,	le 3e	jour	après le début de l'affection.
6	—	4e	—	—
3	—	5e	—	—
7	—	6e	—	—
2	—	7e	—	—
1	—	8e	—	—
1	—	14e	—	—

Si, au début, on peut hésiter sur l'existence de l'assourdissement, bientôt, il n'est plus permis de le mettre en doute. L'affaiblissement du bruit valvulaire dû au peu d'énergie de la contraction cardiaque, à la dilatation du cœur, ou à un épanchement péricardique, peuvent parfois en imposer pour l'assourdissement de l'endocardite, mais avec un peu d'habitude, on arrive assez facilement à les différencier. Il existe d'ailleurs d'autres symptômes.

L'assourdissement atteint son maximum en deux ou trois jours, il reste stationnaire ou diminue, les bruits redeviennent normaux ou bien apparaît un souffle.

Quand l'assourdissement diminue, le bruit est de mieux en mieux frappé. Le retour à la normale se fait parfois en quelques jours, assez souvent il ne se fait que lentement. Dans plusieurs cas, on constate des variations pendant cette période ; certains jours, le bruit est mieux frappé, d'autres fois il devient plus sourd. Somme toute, les modifications des bruits évoluent suivant les modalités décrites par Potain. Après être resté stationnaire l'assourdissement s'atténue et fait

place à un bruit à la fois dur et éteint (bruit de Tabourkah), puis à un autre bruit auquel peut succéder un souffle orificiel. Ce souffle est doux, léger, ne se propage pas, reste localisé à la pointe holosystolique fixe ; on a le souffle caractéristique de l'insuffisance mitrale.

Le souffle de l'insuffisance aortique présente les mêmes symptômes. On l'entend quelquefois à la base, aspiratif, léger, quelquefois il est perçu au milieu du sternum et même au foyer tricuspidien. On n'a pas rencontré de cas d'endocardite aortique isolé.

L'apparition du souffle est généralement tardive ; on l'a observée les 28e, 30e, 24e, 25e jours après le début de l'assourdissement. Dans quatre cas on a également observé des signes de rétrécissement mitral les 22e, 24e, 26e, 25e jours.

Il faut donc avant de déclarer une endocardite guérie se rappeler combien Potain a insisté sur l'apparition tardive du souffle et faire un pronostic réservé. Une surveillance de plusieurs semaines est donc nécessaire avant de déclarer que le cœur est normal.

Par suite de l'évacuation des malades, dès qu'ils sont transportables ou de leur envoi en convalescence, on n'a pu suivre l'évolution des cardiopathies au delà de la phase aiguë.

Au moment de leur sortie de l'hôpital dans neuf cas, les bruits sont normaux les 28e, 19e, 17e, 6e, 22e, 27e, 49e, 50e, 46e jours après le début de l'assourdissement.

Dans neuf cas, les bruits sont encore sourds les 24e, 58e, 26e, 22e, 8e, 32e, 30e, 18e, 30e jours.

Tels sont donc les principaux caractères des endocardites au cours du rhumatisme cervico-sciatique. On les recherchera systématiquement chez tous les malades et quand l'endocarde aura été lésé, il ne faudra pas oublier que si la guérison est possible, bien souvent les lésions peuvent évoluer sourdement après la phase aiguë, après plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Le malade devra donc être examiné de temps en temps ; le pronostic éloigné devra être réservé.

Obs. II. — *Endocardite mitrale et aortique.* — Ben... 21 ans.

Le matin au réveil, brusquement, frissons, céphalée, vomissements. Après avoir passé une demi-journée à l'infirmerie de son régiment, il a été évacué. Le malade a toujours, été en bonne santé. En Septembre, il a été évacué ayant été pris dans une nappe de gaz asphyxiants. Il a été indisposé 15 jours.

Contagieux, 18 Août : céphalée, vomissements, photophobie, pression des globes oculaires douloureuse. Nuque libre, mais points atloïdo-exoïdiens douloureux. Les sciatiques sont également douloureux. Il y a du Lasègue. Pas de Kernig.

Cœur : Rythme pendulaire.

Ponction lombaire : 25 centimètres cubes ; liquide clair légèrement hypertendu.

5 leucocytes par millimètre cube.

Le 20. — Les bruits du cœur sont normaux.

Le 21. — Le 1er bruit mitral et 2^{e} bruit aortique sont sourds. Souffle mésystolique sus-apexien. Injection de 2 centimètres cubes d'électrocuprol.

Le soir, cœur, même volume. Souffle léger doux, holosystolique apexien.

Le 22. — Douleurs moins vives. Injection de 5 centimétres cubes d'électrocuprol, aucune réaction.

Les bruits sont toujours sourds. Plus de souffle.

Le 23. — Les bruits sont mieux frappés. Cœur même volume.

Le 24. — Crise de céphalée assez forte. Cœur, mêmes symptômes.

Le 25. — Les bruits du cœur sont normaux. Cœur diminué de volume.

Le 28. — Mêmes symptômes du cœur.

Le 29. — La pointe est un peu en dehors de la verticale mamelonnaire. Les bruits sont normaux.

Le 1er Septembre. — Bruits du cœur un peu moins nets.

Le 2. — Mêmes signes.

Le 4. — Bruits normaux. Accentuation du 2e bruit pulmonaire.

Le 11. — Les bruits au cœur sont normaux.

Le 17. — Le 1er bruit est un peu sourd, le 2e un peu accentué. Volume du cœur diminué. Bon état; pas de troubles fonctionnels, ni subjectifs.

Le 23. — Cœur plus gros qu'au dernier examen. 1er Bruit sensiblement normal. Souffle et frémissement présystoliques?

Au 50e jour, les bruits sont normaux.

Le malade quitte le service le 4 Octobre avec un cœur gros, mais plus de signes d'endocardite. 2 mois de convalescence.

Obs. III. — *Endocardite mitrale et aortique.* — Flamm... 32 ans.

Depuis 4 jours, céphalée, courbature, nausées, diarrhée, douleurs dans les mollets.

Contagieux, 28 Août: Antécédents: congestion pulmonaire en 1915.

Le malade est dans le même état, mais on constate que la nuque est légèrement contracturée, que les points altoïdo-exoïdiens sont un peu douloureux, que les mouvements de

rotation et de flexion ne se font pas facilement, que les sciatiques sont sensibles, qu'il y a du Lasègue mais pas de Kernig. L'examen des organes n'offre rien de particulier, la langue est blanche et la rate mesure 19 centimètres : toutefois, l'auscultation du cœur permet de constater que le 1er bruit mitral est sourd, prolongé, que le 2e bruit aortique est également sourd. La pointe est derrière la 5e côte. On fait la ponction lombaire, on retire 10 centimètres cubes d'un liquide clair non hypertendu et le malade est soulagé aussitôt. Par l'examen microscopique on trouve un leucocyte par millimètre cube.

Le 29. — Les 2 bruits mitral et aortique sont très sourds ; le 2e bruit pulmonaire est faible. La pointe est déviée en dehors de la verticale mamelonnaire. Le soir, on fait une injection d'électrocuprol. Le malade a un frisson de 20 minutes.

Le 30. — Les bruits sont toujours très sourds.

Le 31. — Le 1er bruit mitral et le 2e aortique sont mieux frappés.

Le 2 Septembre. — Céphalée très vive, insomnie. Cœur, mêmes caractères.

Le 5. — Les bruits sont mieux frappés.

Le 8. — Les bruits mitral et aortique redeviennent très sourds ; le 2e bruit pulmonaire est faible, le cœur a le même volume.

Le 10. — Le 1er bruit est moins sourd.

Le 12. — Le 1er bruit mitral est moins sourd, les 2e bruits aortiques et pulmonaires sont faibles, à peine perceptibles.

Le 14. — Le 1er bruit mitral set assez bien frappé, le 2e bruit aortique est normal.

Le 22. — Le 1er mitral est de nouveau sourd, le 2e bruit aortique est normal.

Le 26. — Le 1er bruit est moins sourd.

Le 30. — Le 1er bruit est toujours sourd, le 2e bruit aortique est un peu clangoreux, le cœur est gros.

A la sortie de l'ambulance, le 1er bruit mitral est encore faible, le 2e bruit pulmonaire est accentué.

Obs. IV. — *Endocardite mitrale.* — Nev... Auguste, Infanterie.

Brusquement fièvre, céphalée, courbature. Evacué comme suspect de méningite cérébro-spinale. Contagieux, 10 Novembre.

Céphalée, photophobie, douleur à la pression des globes oculaires. Nuque surtout douloureuse, un peu raide. Lasègue assez marqué, pas de Kernig. Langue un peu saburrale.

Ponction lombaire. — 20 centimètres cubes d'un liquide clair, hypertendu.

Albumine 0,26. 3 leucocytes par millimètre cube, lymphocytes.

Le malade est soulagé. Le cœur est normal.

Le 13. — Le matin, le premier bruit est sourd. Cœur gros. Le soir, le premier bruit est sourd, le 2e pulmonaire accentué.

On fait une injection d'électrocuprol, 5 centimètres cubes; aucune réaction. (Albumine, traces faibles).

Le 14. — Le 1er bruit est moins sourd; le 2e bruit pulmonaire moins éclatant. On fait une second injection d'électrocuprol de 5 centimètres cubes ; aucune réaction.

Le 15. — Cœur même volume. 1er bruit très sourd; 2e bruit pulmonaire accentué.

Le 16. — Même état du cœur.

Le 17. — 1er Bruit mieux frappé; 2e bruit pulmonaire toujours accentué.

Le 18. — Cœur, même volume. 1er Bruit presque normal; 2e bruit pulmonaire n'est plus accentué.

Le 20. — Les bruits sont normaux.

Les bruits au cœur restent normaux jusqu'au 12 Décembre; à ce moment, on constate que le 1er bruit est un peu faible et le 2e pulmonaire accentué.

Le 16. — Cœur, même volume. 1er Bruit mitral faible.

Le 23. — Le 1er bruit mitral est faible et sourd.

Le 24. — Le 1er bruit est assez bien frappé.

Le malade quitte le service le 27. Les bruits sont normaux. Le cœur encore un peu gros. Convalescence de 30 jours.

Obs. V. — *Endocardite mitrale. Insuffisance et Rétrécissement.* — Pey..., 24 ans.

Le 17 Juillet, brusquement, fièvre, frissons, courbature, douleurs dans les articulations. Antécédents : néant.

Contagieux le 19.

Points atloïdo-axoïdiens et rotation de la tête douloureux. Membres inférieurs, Lasègue surtout à droite et en même temps douleur sur le trajet du sciatique.

Langue : saburrale. Rien de spécial au foie, aux poumons.

Cœur : 1er bruit mitral sourd ; 2e bruit pulmonaire, accentué.

Ponction lombaire : 24 centimètres cubes. Liquide clair, hypertendu. Albumine : 0,40 par litre.

3 leucocytes par millimètre cube.

Injection intra-veineuse de 2 centimètres cubes d'électrargol.

Le 20. — Etat général amélioré. Cœur, 1er bruit très sourd ; 2e accentué.

Injection de 5 centimètres cubes d'électrargol.

Le 21. — Cœur : 1er bruit très sourd ; 2e bruit aortique accentué.

Nouvelle injection de 5 centimètres cubes d'électrargol.

Le 22. — 1er et 2e bruits moins sourds. 2e bruit pulmonaire accentué.

Les bruits deviennent de moins en moins sourds jusqu'au 31.

Le 31. — Douleur dans l'épaule, le coude et sur le trajet du sciatique gauche.

Le 2 Août. — Les bruits sont sensiblement normaux.

Le 4. — Le 1er bruit est encore sourd. Le phrénique gauche paraît sensible à l'insertion des chefs du sterno-cléïdo-mastoïdien et dans les espaces intercostaux.

Le 7. — Le 1er bruit est encore sourd,

Le 9. — Même état du 1er bruit, 2e bruit pulmonaire accentué. Volume du cœur normal.

Le 13. — Léger souffle systolique; 2e bruit aortique un peu sourd et dur; 2e bruit pulmonaire accentué. Le 1er bruit est toujours sourd.

Le 14. — Ebauche de frémissement présystolique.

Le 19. — Bruits moins sourds. Pas de bruit présystolique.

Le 22. — 1er Bruit mitral un peu sourd; 2e bruit aortique clangoreux.

Le 25. — Mêmes signes. Ebauche de roulement diastolique.

Le 27. — Léger souffle diastolique.

Péricardites.

Dans les rhumatismes cervico-sciatiques, le péricarde est assez souvent frappé : 10 fois sur 114 cas, soit dans 8,7 p. 100 des cas.

Dans 4 cas, on rencontre la péricardite isolée, dans 5 autres on la trouve associée à une endocardite mitrale; enfin dans le dernier, elle accompagne une endocardite mitrale et aortique.

Les frottements, la douleur et l'agrandissement de la matité précordiale, tels sont les principaux symptômes de ces péricardites.

Jamais les symptômes fonctionnels : frissons, élévation de la température, angoisses extrêmes et petitesse du pouls n'attirent l'attention sur le péricarde. D'une manière générale, la péricardite s'installe insidieusement et demande à être recherchée.

Les *frottements* ouvrent la scène. On les voit apparaître pendant le séjour des malades à l'ambulance et à une date plus ou moins rapprochée au début de l'affection. 7e, 8e, 9e, 15e, 4e, 21e jours. Ils durent généralement peu de temps dans les péricardites sans épanchements, 3-4 jours en moyenne; quelquefois ils s'atténuent, disparaissent presque, pour reparaître plus

accentués un ou deux jours après. Leur durée n'a jamais dépassé 8 jours. Quand il y a formation d'un épanchement, on les voit diminuer, puis disparaître totalement et leur réapparition se fait progressivement au moment où le liquide s'est résorbé.

Doubles ou simples, ils sont généralement localisés à la base ou dans la région pré-ventriculaire. On ne les trouve jamais ni rudes ni râpeux, mais au contraire doux, légers, rappelant le froissement de la soie. Les caractères de ces frottements sont intéressants et importants à préciser, car parfois il est assez difficile de les distinguer des souffles.

Au début, et quand ils disparaissent, la péricardite se traduit parfois par un premier bruit rude et prolongé à la base. Assez souvent également on constate un éclat et une dureté particulière du 2e bruit pulmonaire. D'après la plupart des auteurs, cette modification du 2e bruit pulmonaire serait l'indice d'hypertension dans la petite circulation; pour Weill et Moriquand il serait l'indice d'un début de péricardite et ils dénomment ce symptôme le « signe de Josserand ».

Par son siège dans la région apexienne et son rythme, le frottement a pu parfois en imposer soit pour un roulement de rétrécissement, soit pour un rythme de galop.

La *douleur* dans la région précordiale peut exister, mais elle n'est jamais assez forte pour que le malade se plaigne. C'est surtout sur le trajet des phréniques et principalement du phrénique gauche que l'on éveillera la sensibilité. On la provoquera, en appuyant avec le

doigt au-dessus de la clavicule, entre les deux chefs du sterno-cleïdo-mastoïdien, là où le phrénique passe devant le scalène antérieur. On pourra encore la provoquer, mais plus rarement, en appuyant sur la partie interne des espaces intercostaux, le long du sternum ou encore dans l'angle costo-xyphoïdien.

Dans toutes les péricardites observées, on trouve une augmentation de la matité précordiale. Avec ou sans épanchement, le cœur est gros. Quand il se forme un épanchement, celui-ci reste modéré. On n'observe pas les symptômes dus à la présence d'une grande quantité de liquide : voussure précordiale, dyspnée, etc.

Le choc de la pointe est affaibli, reporté en haut et en dedans; parfois il disparaît.

Le premier bruit mitral devient plus faible et s'éloigne. En même temps son maximum ne coïncide plus avec l'angle gauche de la matité précordiale; il est situé en dedans et au-dessus. Les frottements disparaissent.

Quand la péricardite est isolée, la matité est moins développée, et le cœur revient plus facilement à son état normal que dans les cas où elle est associée à une endocardite.

Comme on n'a jamais de gros épanchements, on ne remarque pas de voussure précordiale. Il n'y a pas de dyspnée, l'état général ne s'aggrave pas, jamais on n'observe ni délire, ni insomnie.

La palpation renseigne sur le choc précordial que l'on trouve déplacé, affaibli.

En outre des frottements dont nous avons déjà parlé,

l'auscultation fait constater de l'affaiblissement des bruits, qu'il ne faut pas confondre avec l'assourdissement de l'endocardite ; d'autre part, le maximum du premier bruit ne coïncide plus avec l'angle gauche de la matité, mais il est situé plus ou moins notablement au-dessus et en dedans de lui.

Aucune péricardite n'a revêtu une forme sévère. Après un séjour à l'hôpital d'un mois environ, les malades dont la péricardite était restée isolée, sont partis guéris.

Le choc précordial était normal, les frottements avaient disparu, le maximum du premier bruit coïncidait avec l'angle gauche de la matité, les bruits valvulaires étaient bien frappés et la matité précordiale était notablement diminuée. Chez un malade, le cœur était revenu à son volume normal; chez les autres, il était encore légèrement gros. Nous reparlerons plus loin de ces derniers.

Voici 3 cas de péricardites observées. La première observation est une péricardite sèche avec dilatation passagère du cœur; la seconde accompagne une endocardite et provoque la formation d'un petit épanchement de courte durée; enfin la troisième est associée à une endocardite mitrale et aortique. Dans ce dernier cas, l'apparition de la péricardite au cours de l'endocardite a une influence sur le volume du cœur qui augmente beaucoup.

Obs. VI. — Conp... Emile, 20 ans. Au huitième jour (4 Décembre 1915) d'un rhumatisme cervico-sciatique, le

malade a les phréniques douloureux à la pression. On entend à la base un frottement rude, méso-systolique; le premier bruit paraît un peu sourd et le second bruit est éclatant. La matité précordiale est augmentée la pointe est dans le cinquième espace et dépasse la ligne mamelonnaire de 30 millimètres.

Le 6 Décembre, le frottement a disparu, les bruits sont normaux, la matité précordiale a diminué.

Le 7 Décembre, la diminution de la matité s'est encore accentuée.

Le 23 Décembre, le malade quitte l'ambulance avec un congé de convalescence de trente jours.

Obs. VII. — Vann. Hector, 21 ans.

Au quatrième jour (29 Décembre 1915) d'un rhumatisme cervico-sciatique, le malade présente un cœur un peu gros, un premier bruit mitral sourd, précédé d'un léger roulement, un léger frottement mésosystolique à la base.

Le 30 Décembre, la matité précordiale est agrandie; elle est augmentée en totalité dans sa hauteur et sa largeur; l'angle gauche est très arrondi. Le frottement péricardique a presque disparu; le premier bruit mitral un peu moins sourd n'est pas perceptible au niveau de l'angle gauche; mais seulement un peu au-dessus; le second bruit pulmonaire est très accentué.

Le 4 Janvier, la matité s'est agrandie au côté du bord droit Le premier bruit mitral s'entend jusqu'à l'angle gauche; il est sourd et légèrement soufflant Le second bruit pulmonaire est accentué, un peu rude et prolongé.

Les jours suivants, apparaissent tantôt un frémissement et un souffle présystolique légers, tantôt un roulement diastolique sus-apexien; le premier bruit garde les mêmes caractères. Le cœur diminue de volume mais reste gros, la pointe déborde de 20 millimètres la verticale mamelonnaire.

Le 28 Janvier, le malade est évacué sur l'intérieur. Le cœur a les mêmes dimensions ; il existe un léger souffle holosystolique, exactement sur la pointe.

Obs. VIII. — Nuy... 33 ans.

En 1914, crise de rhumatisme articulaire aigu. Au cinquième jour (16 Février 1916) d'un rhumatisme cervico-sciatique, le phrénique gauche est douloureux, le premier bruit mitral et le second bruit aortique sont très sourds, le cœur est très gros et la pointe déborde de 40 millimètres.

Cinq jours après le volume du cœur reste le même, les bruits sont toujours sourds ; il existe un léger souffle holosystolique apexien ; le second bruit pulmonaire est accentué.

Uu peu plus tard apparaît au foyer aortique un léger souffle diastolique.

Le 1er Mars, on entend le long du bord gauche du sternum un double frottement péricardique assez rude.

Le 5 Mars, il n'y a plus qu'une ébauche de frottements, le souffle systolique de la pointe s'est précisé, le souffle de la base a disparu. Le cœur a augmenté de volume ; la pointe déborde de 75 millimètres.

Le 22 Mars, le malade est évacué à l'intérieur ; le cœur a gardé le même volume, le souffle systolique de la pointe est nettement caractérisé.

Syndrome myocarditique.

Les augmentations du volume du cœur, au cours du rhumatisme cervico-sciatique, indiquent un trouble fonctionnel de la fibre cardiaque.

Elles traduisent une diminution de sa contractilité, de sa tonicité et surtout de son élasticité. Elles ne permettent pas d'influencer l'existence d'une lésion anatomique. On ne saurait employer pour les qualifier le terme de myocardite ; mais on peut les considérer comme l'expression d'un syndrome myocarditique.

Dans le rhumatisme cervico-sciatique, l'apparition du syndrome myocarditique est assez fréquente et ce sont les formes atténuées ou latentes que l'on observe le plus souvent.

Ces formes ne donnent lieu à aucun phénomène subjectif ou fonctionnel important et la symptomatologie se borne à une augmentation de la matité précordiale. On a vu dans les chapitres précédents que dans le rhumatisme cervico-sciatique l'endocardite et la péricardite s'accompagnaient d'une dilatation du cœur ; mais on a vu également que la dilatation cardiaque n'est pas toujours associée à l'inflammation des séreuses du cœur ; il est des cas où elle est isolée.

Ce phénomène n'est pas particulier au rhumatisme cervico-sciatique ; il se rencontre aussi au cours du rhumatisme. Des faits de ce genre ont été vus par Kenschen, par le Professeur P. Teissier et son élève Chomet, et M. Nobécourt dans une leçon clinique publiée dans *Les Archives de Médecine des Enfants* de 1910, en relate un certain nombre de cas.

Le syndrome myocarditique s'observe surtout au cours du rhumatisme articulaire aigu. Mais alors que chez l'adulte on le rencontre dans les formes sévères, poly-articulaires et fébriles, chez l'enfant il apparaît dans les formes légères oligo-articulaires apyrétiques. Dans le rhumatisme cervico-sciatique, le cœur des soldats se comporte comme celui des enfants. Malgré l'absence de fièvre ou une fièvre de courte durée, malgré le peu d'importance des localisations articulaires, la dilatation du cœur se rencontre souvent. Elle ne survient pas seulement chez les sujets jeunes, mais elle apparaît aussi chez les hommes plus âgés.

MM. Nobécourt et Peyre trouvent en effet sur 17 malades atteints, 8 âgés de 20 à 25 ans, et 9 de 26 à 34 ans.

Quand les dilatations du cœur s'observent isolément, les caractères de la matité précordiale sont ceux que l'on a vus dans les chapitres précédents. La pointe dépasse la ligne verticale mamelonnaire, elle est déviée vers l'aisselle et plus ou moins abaissée, l'oreillette droite déborde le sternum et le bord inférieur du ventricule droit est situé à plusieurs centimètres de la ligne conventionnelle de Potain. La cardiomégalie est

constatée quelquefois dès l'entrée du malade; d'autres fois, on la voit apparaître et par des tracés pris à quelques jours d'intervalle on suit sa marche.

En même temps que le cœur, le foie est quelquefois légèrement augmenté de volume. En dehors des signes physiques que l'on vient de décrire, la symptomatologie est muette. Les phénomènes subjectifs sont absents. La pression sur le trajet des phréniques a parfois réveillé la sensibilité, sans qu'il existât de péricardite cliniquement appréciable.

Le pouls, rapide quand le malade a de la fièvre se ralentit quand elle disparaît et tombe à 60. Chez quelques malades cependant et principalement chez ceux atteints d'endocardite ou d'endopéricardite 15 ou 20 jours après la fin de la fièvre, on voit le pouls s'accélérer, monter à 80, 90, 100, 130 et même 150 pulsations le malade restant au lit.

Obs. IX. — *Endocardite mitrale*. M..., 23 ans. Infanterie.

Le 11 Novembre brusquement, étourdissements, céphalée, vomissements, diarrhée. Il est évacué directement de son régiment. Contagieux, 12 Novembre.

Le malade a de la céphalée, de la courbature, des nausées, la température est à 38°3. Les points atloïdo-axoïdiens et les mouvements de rotation de la tête sont douloureux. Du côté des membres inférieurs rien de particulier, sauf une douleur localisée au niveau de l'articulation sacro-cosale.

Le foie et les poumons sont normaux et la rate mesure 18 centimètres.

Le 14. — Le malade va mieux, la température est normale.

Le 16. — Dans l'examen du cœur, on trouve la pointe dans le 6e espace à un travers de doigt en dehors de la verticale

mamelonnaire. Le 1er bruit mitral est un peu sourd et en même temps on trouve un léger souffle extracardiaque. La température est à 38°8. Le foie déborde de 1 centimètre.

Le soir, on fait une injection intraveineuse d'électrocuprol. Pas de réaction à l'injection. Le 1er bruit est très sourd.

Le 18. — On refait une autre injection.

Le 19. — Le 1er bruit est moins sourd.

Le 20. — Le 1er bruit est plus sourd.

Le 21. — A 17 h. 30 on fait une nouvelle injection et à 20 heures, le malade a de grands frissons et de fortes transpirations.

Le cœur a le même volume, le soir le 1er bruit est mieux frappé.

Le cœur a des bruits qui deviennent de moins en moins sourds.

Le 25. — On fait une nouvelle injection d'électrocuprol.

Le 29. — Les bruits sont mormaux.

Le malade quitte l'ambulance avec un cœur encore gros mais des bruits normaux.

Nous ne parlons pas naturellement des tachycardies orthostatiques observées si fréquemment au moment où les malades commencent à se lever.

Le rythme cardiaque reste régulier en général. Un seul malade atteint d'endocardite mitrale et aortique a présenté au début et alors qu'il avait encore de la fièvre, de l'arythmie extra-systolique et un pouls lent (52-60).

A quoi attribuer ce syndrome myocarditique?

Peut-être relève-t-il d'un simple trouble fonctionnel du myocarde; peut-être existe-t-il une myocardite parenchymateuse pareille à celles observées au cours du rhumatisme articulaire aigu et décrites par Weill et Barjon

en 1897; peut-être enfin doit-on envisager l'intervention possible du système nerveux. L'hypertension, l'hyperalbuminose, et la leucocytose du liquide céphalo-rachidien seraient en faveur de l'intervention possible du système nerveux.

Tels sont donc les caractères cliniques du syndrome myocarditique au cours du rhumatisme cervico-sciatique. La constatation de gros cœur fera prendre des décisions dont dépendra l'avenir du soldat. Nous en reparlerons plus loin.

VARIATIONS DU VOLUME DU CŒUR AU COURS DU RHUMATISME CERVICO-SCIATIQUE

On vient de voir dans les chapitres précédents que toutes les fois que l'endocarde ou le péricarde étaient lésés, il se produisait une augmentation de la matité précordiale.

On observe en outre des cardiomégalies isolées, indépendantes d'une endocardite ou d'une péricardite.

On apprécie les variations du volume du cœur au moyen de la percussion concentrique suivant la méthode de Potain; on trouve, ainsi une matité précordiale à forme triangulaire. Le bord droit parallèle au bord du sternum qu'il déborde en général de quelques millimètres, correspond au bord externe des vaisseaux et de l'oreillette droite. Le bord gauche, incliné de haut en bas et de dedans en dehors suit le bord gauche externe du ventricule gauche. L'angle supérieur correspond à l'origine des vaisseaux de la base, l'angle droit à l'intersection de la matité hépatique et au bord droit de la matité précordiale; enfin l'angle gauche est formé par

la réunion au niveau de la pointe, du bord gauche et d'une ligne conventionnelle partant de l'intersection de la matité du foie et de la matité précordiale. (Lignes conventionnelles de Potain). La matité ainsi circonscrite ne comprend pas le ventricule droit.

Divers auteurs ont montré la possibilité de dessiner par la percussion le bord externe du ventricule droit. La figure de matité de Potain se trouve ainsi modifiée dans sa forme et agrandie. C'est la matité ainsi comprise que représentent les tracés relevés par M. Nobécourt.

Ils sont obtenus en dessinant les lignes suivantes :

AB, qui réunit le bord droit du sternum au bord correspondant de la matité à la hauteur du bord supérieur de la matité hépatique ; elle permet d'apprécier le volume de l'oreillette droite.

AC, qui réunit l'intersection du bord droit de la matité précordiale et du bord supérieur de la matité hépatique avec la pointe du cœur : c'est la ligne conventionnelle de Potain. Elle rend assez bien compte de l'allongement du cœur selon son grand axe.

DE, qui tracé perpendiculairement à la précédente la réunit au point le plus saillant du bord inférieur de la matité, elle permet d'apprécier le volume du ventricule droit.

Un bon renseignement aurait pu être fourni par un examen radioscopique; il aurait permis de constater l'augmentation de l'ombre cardiaque, sa forme, la netteté de ses contours ; mais un tel procédé d'exploration n'était pas mis à notre disposition à l'hôpital des contagieux.

L'étude des cardiomégalies est intéressante non seulement pour suivre l'évolution de la cardiopathie, mais pour le pronostic éloigné.

Modifications isolées du volume du cœur.

Chez un certain nombre de malades atteints de rhumatisme cervico-sciatique, la percussion de la région précordiale montre qu'elle est agrandie alors qu'il n'existe aucun signe, ni d'endocardite, ni de péricardite.

La pointe du cœur est abaissée; elle atteint la ligne mamelonnaire ou la dépasse d'un travers de doigt, parfois de deux. L'oreillette droite déborde le sternum de 3 centimètres en général; on l'a vue déborder quelquefois de 6 centimètres. Le ventricule droit déborde la ligne conventionnelle de Potain de 4 à 7 centimètres et même davantage. Les cavités droites augmentent donc le plus souvent. La dilatation peut seule expliquer cette augmentation de volume.

A quoi attribuer cette dilatation?

Quand elle est précoce, on peut incriminer des causes modifiant la tonicité, la contractilité, l'élasticité de la fibre cardiaque, telles que l'action du froid humide sur l'organisme, la fatigue, l'anémie des hommes ayant passé des mois dans les tranchées; dans ce cas, le cœur revient facilement à son volume normal. Quand elle persiste malgré le repos ou quand elle est tardive et survient alors que le malade est couché et dans de bonnes con-

ditions, on peut l'attribuer légitimement à l'infection rhumatismale.

Selon que la dilatation rétrocède ou persiste à la sortie de l'hôpital, la décision à prendre à ce moment différera dans l'un ou l'autre cas. Nous reviendrons sur cette question.

Modifications du volume du cœur au cours des endocardites.

Au cours des endocardites, l'augmentation du volume du cœur est constante; elle présente les caractères que l'on vient d'étudier dans le chapitre précédent. Quand il y a endocardite cependant, l'augmentation de la matité précordiale est, en général, plus grande et plus persistante que dans les cas où elle est isolée.

L'augmentation de la matité dans la région précordiale apparaît soit avant, soit après l'assourdissement des bruits, symptomatique de l'endocardite; quelquefois ils sont constatés simultanément.

A la sortie de l'ambulance, le cœur est généralement diminué de volume, mais il est rare de le voir revenir à son état normal.

Chez 3 malades, la lésion mitrale a évolué vers la constitution d'un rétrécissement. On a constaté en effet, avec un gros cœur, un roulement diastolique ou un souffle présystolique. L'oreillette gauche percutée dans le dos, comme le conseille Duroziez a été trouvée augmentée de volume.

Modifications du volume du cœur au cours des endo-péricardites.

Le cœur est gros et l'influence prédominante de cette augmentation de volume revient à l'endocardite. Toutefois, au moment de l'apparition de la péricardite, on peut constater une augmentation rapide de la matité précordiale. D'une façon générale, de même que dans l'endocardite, le volume du cœur continue à s'accroître et est encore gros à la sortie du malade de l'ambulance, c'est-à-dire, après 30-40 jours.

Obs. X. — Bar... 21 ans. Péricardite et endocardite mitrale.

Début il y a 5 jours par céphalée, courbature.

Le 5 Décembre, ce malade arrive aux contagieux.

La nuque est douloureuse, les mouvements de flexion et de rotation, la pression des points atloïdo-axoïdiens sont également douloureux.

Les points du sciatique sont sensibles aux 2 membres ; il y a du Lasègue.

La rate est de 18 centimètres. La température à 39°6.

Cœur : la pointe est dans le 5e espace en dedans de la verticale mamelonnaire. Le 1er bruit est un peu sourd. A la base, bruit mésosystolique un peu rude ne variant pas (frottements).

La déglutition est douloureuse. Les phréniques le sont aux points d'insertion des chefs sterno-cléïdo-mastoïdien et dans les 1er et 3e espaces intercostaux.

On fait une ponction lombaire ; on retire 20 centimètres cubes d'un liquide clair hypertendu contenant 7 hématies, pas de leucocytes. Soulagement immédiat.

Le 6. — Le cœur est gros. Le 1er bruit légèrement

sourd. A la base, plutôt souffle que frottements. Température 38°4; soir 40°2.

Le 7. — Frottements. Le 1er bruit est à peu près normal. A la pointe, souffle assez fort probablement extra-cardiaque car surtout sus-apexien. On injecte 5 centimètres cubes d'électrocuprol; pas de réaction.

Le 8. — 1er bruit sourd. Le souffle est extracardiaque.

Le 10. — 1er Bruit mieux frappé. 2e Bruit éclatant à la base. Souffle de la pointe assez fort.

Le 12. — 1er Bruit assez bien frappé. Cœur diminué de volume.

Le 16. — Bruits normaux.

Le 19. — 1er Bruit très sourd.

Le 20. — 1er Bruit moins sourd.

Le 21. — Le 1er bruit est moins sourd. 5 centimètres cubes d'électrocuprol. Quarante-cinq minutes après, frisson de dix minutes sans autre phénomène.

Le 23. — 1er Bruit sourd.

Le 24. — 1er Bruit mieux frappé.

Le 26. — 1er Bruit très sourd. 5 centimètres cubes d'électrocuprol.

Le 27. — La température subit des oscillations depuis le début de la maladie, fièvre irrégulière montant jusqu'à 40°. Dans les jours qui suivent, elle est plus régulière. Le ventre est ballonné; on constate des taches rosées. On fait une hémoculture, elle est positive pour l'Eberth.

Le 22 Janvier. — Évolution de la fièvre typhoïde.

Cœur : le 1er bruit est normal. Léger roulement et frémissement présystolique sus-apexien. La pointe est sur le bord inférieur de la 6e côte; elle déborde un peu la verticale mamelonnaire.

Le 30. — Les bruits sont normaux, le 2e bruit pulmonaire est accentué.

Le malade est évacué le 2 Février.

Modifications du volume du cœur au cours des péricardites isolées.

Dans la péricardite isolée, l'augmentation du volume du cœur diffère de celles observées au cours des endocardites ; elle est en effet passagère et rétrocède facilement.

Sur 4 cas, 3 fois le cœur est encore augmenté légèrement de volume ; à la sortie de l'hôpital, une fois il est normal.

ETIOLOGIE

Le rhumatisme cervico-sciatique est le plus souvent *essentiel* ou *idiopathique* et l'étiologie comme celle du rhumatisme articulaire aigu reste assez obscure. D'autres fois, il est *secondaire* ou *symptomatique* soit d'une infection typhique ou paratyphique, soit d'un ictère infectieux, soit d'une vaccination antiparatyphique, et il est probable que d'autres facteurs étiologiques peuvent intervenir.

Rhumatisme cervico-sciatique essentiel.

Les causes du rhumatisme cervico-sciatique comme celle du rhumatisme articulaire aigu ne sont pas bien connues à l'heure actuelle,

On admet que le rhumatisme articulaire aigu est influencé par les saisons, le froid, le surmenage musculaire, les antécédents, l'âge ou encore par un microbe pathogène.

Voici ce que nous avons observé pour le rhumatisme cervico-sciatique.

Du premier Septembre 1915 au premier Janvier 1917, 1.962 malades sont entrés à l'Hôpital des contagieux pour des affections diverses et 114 sont atteints de rhumatisme cervico-sciatique primitif.

Les cas de rhumatisme se sont présentés à des époques variables pendant ces seize mois.

Le tableau ci-dessous donne le nombre de malades entrés chaque mois, celui de rhumatismes cervico-sciatiques observés, et dans la dernière colonne, le pourcentage.

MOIS	NOMBRE D'ENTRANTS	NOMBRE DE RHUMATISANTS	POURCENTAGE
Septembre	186	1	0,5 pour 100
Octobre	208	1	0,5 — —
Novembre	130	2	1,5 — —
Décembre	116	12	10 — —
Janvier	170	26	15 — —
Février	131	12	9 — —
Mars	103	2	2 — —
Avril	127	9	7 — —
Mai	103	9	9 — —
Juin	88	5	5 — —
Juillet	136	16	11 — —
Août	117	4	3 — —
Septembre	101	5	5 — —
Octobre	68	2	3 — —
Novembre	63	5	7 — —
Décembre	115	3	1 — —

La lecture du tableau montre que la proportion est élevée pendant les mois de Décembre, Janvier, Février, 10-15 et 9 pour 100; mais d'autre part, les cas observés en Juillet sont nombreux puisqu'on trouve dans ce mois la forte proportion de 11, 76, pour 100. Par conséquent

le rhumatisme cervico-sciatique se rencontre aussi fréquemment en hiver qu'en été. Son apparition n'est guère influencée par les saisons; elle rappelle celle du rhumatisme articulaire aigu que l'on observe aussi bien dans les mois de l'été que dans ceux de l'hiver.

Le froid et surtout le froid humide paraissent cependant jouer un rôle dans le développement du rhumatisme cervico-sciatique. En effet, sur 1.962 malades entrés dans les seize mois, 114 sont atteints du syndrome cervico-sciatique, soit une proportion de 5,8 pour 100. L'hôpital des contagieux ne recevant pas les rhumatisants, si on en juge par la forte proportion obtenue, on déduit que l'année 1916 qui a été pluvieuse et humide a provoqué un grand nombre de cas de rhumatismes.

Les conditions d'existence auxquelles sont soumis les soldats sur le front paraissent également jouer un rôle.

Presque tous nos malades sont des fantassins, les uns jeunes, les autres plus âgés. Les jeunes, en première ligne, vivent des semaines et même des mois dans la tranchée, couchent dans des abris souterrains, servent de guetteurs des heures entières aux avant-postes et sont parfois dans de l'eau jusqu'aux genoux. Le secteur d'où nous arrivent nos malades borde une rivière et est un des plus humides du front. Les autres, plus âgés, territoriaux sont occupés aux travaux des routes, au déchargement des trains ou à d'autres travaux de ce genre, mais toujours au grand air. Ils sont donc exposés à toutes les intempéries : froid, vent, mouillage.

L'âge paraît influencer le développement du rhumatisme. Ainsi, du 1er Mai au 31 Décembre 1916,

793 hommes sont entrés à l'hôpital des contagieux. Sur ce nombre :

497 sont âgés de 20 à 30 ans.
296 — — 31 à 41 ans.

Parmi ces entrants, 49 sont atteints de rhumatisme cervico-sciatique ; on trouve :

37 cas 20 à 30 ans soit 7 pour 100
12 cas 31 à 41 ans — 4 — 100

Dans le chapitre des complications cardiaques, on a vu que les cardiopathies s'observent également plus souvent chez les sujets jeunes que chez ceux plus âgés. On trouve en effet :

43 pour 100 de cardiopathies de 19 à 22 ans
39 — 100 — — 23 à 30 —
18 — 100 — — 31 à 42 —

Chez tous ces malades, il semble bien que l'affection soit de nature rhumatismale. Les uns sont d'anciens rhumatisants, les autres font une complication cardiaque et l'évolution de la cardiopathie est identique à celle du rhumatisme articulaire aigu. Il est enfin des cas où le rhumatisme cervico-sciatique s'accompagne d'autres arthropathies. Au début, le malade ne présente que des douleurs au niveau de la nuque et des membres inférieurs, mais, dans les jours qui suivent, d'autres articulations deviennent douloureuses. L'épaule est prise à son tour, puis le coude, le poignet et le malade fait soit du rhumatisme articulaire aigu localisé à un membre, soit généralisé.

Obs. XI. — Bon... Il y a deux jours, brusquement, frissons, céphalée, fièvre et courbature.

Le 14 Janvier : Contagieux.

Céphalée frontale et courbature. La température est de 38°8. La langue est saburrale. Le foie et le poumon sont normaux. La rate mesure 19 centimètres. Le cœur a sa pointe derrière la 6e côte à deux travers de doigt en dehors de la verticale mamelonnaire.

La nuque est douloureuse, de même les points *atloïdo-axoïdiens* et *transverses*. Il existe du Lasègue bilatéral et les points fessiers et péroniers du sciatique sont sensibles.

On fait une ponction lombaire, laquelle ne soulage pas le malade. L'examen du liquide donne de nombreux lymphocytes.

Le 15. — Persistance des douleurs de la nuque, du sciatique et de la céphalée. La face dorsale du pied est douloureuse et un peu gonflée. La température est de 39°2 le matin et de 40° 4 le soir.

Le 16. — Les douleurs cervicales sciatiques et de la face dorsale du pied ont diminué ; mais le soir, le malade est pris de douleurs au niveau des poignets et des coudes.

La température est à 38°2. Le 17, les douleurs diminuent puis disparaissent dans les jours qui suivent. Le cœur n'a pas été touché.

Rhumatisme cervico-sciatique, fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

Il est des cas où le syndrome cervico-sciatique est la manifestation initiale d'une affection typhique ou paratyphique.

Il en a été ainsi pour quatorze malades, pour lesquels, le diagnostic a été vérifié par l'hémoculture, quelquefois par le séro-diagnostic.

Ces malades sont arrivés à l'ambulance avec des états fébriles qualifiés sur le bulletin d'évacuation de courbature fébrile, d'embarras gastrique fébrile, ou même de cérébro-spinale suspecte.

Dans treize cas, le syndrome existe au complet.

Les mouvements de rotation de la tête et les points atloïdo-axoïdiens sont douloureux. Aux membres inférieurs, il existe des signes plus ou moins manifestes de sciatique. Chez certains malades, la pression du globe oculaire est douloureuse.

Le quatorzième malade n'a pas de douleurs cervicales, les mouvements de la tête sont libres; mais le trajet du sciatique est sensible et il existe du Lasègue nettement marqué.

Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu et le taux de l'albumine augmente.

La constatation du syndrome cervico-sciatique ne doit pas surprendre car on sait depuis longtemps que le torticolis est un symptôme fréquent au début de la fièvre typhoïde, surtout chez l'enfant.

L'hémoculture positive chez tous ces malades a permis d'isoler :

5 fois	le bacille d'Eberth	
7 —	—	Para A.
2 —	—	Para B.

Obs. XII. — Bres... Lucienne, 9 ans.

La malade est envoyée comme suspecte de méningite cérébro-spinale. Contagieux, 30 Juin.

La malade est couchée en chien de fusil; elle a de la céphalée, de la constipation, un Kernig léger. La pression des globes oculaires est douloureuse.

La langue est saburrale. Vomissements.

On fait une hémoculture et une ponction lombaire. On retire 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien clair, hypertendu, dans lequel on trouve 2 leucocytes par millimètre cube. La température est à 39°2.

1er Juillet. — Les sciatiques sont douloureux ; il y a une ébauche de Lasègue. Les points atloïdio-axoïdiens, les mouvements de rotation et de flexion de la tête ainsi que la pression des globes oculaires sont douloureux. La langue est saburrale. La malade a de la diarrhée, la température est à 39°2 et le pouls régulier.

L'*hémoculture est positive pour le bacille d'Eberth.*

Le soir, la malade est somnolente. Le ventre est météorisé. La rate est de 12 centimètres. Pas de raie méningitique.

2 Juillet. — Nuque un peu raide et douloureuse, un peu de Kernig. La diarrhée persiste. On fait une ponction lombaire ; on retire 5 centimètres cubes. La température est à 39° le matin, 38°5 le soir.

Le 3. — Nuque toujours un peu raide, un peu de Kernig. Malade somnolente. La température est à 39°5 le matin, 38°9 le soir. La diarrhée continue. Dans la nuit, malade agitée.

Le 5. — Ventre très météorisé, la diarrhée disparaît.

Le 6. — Réapparition de la diarrhée. Température 39°2.

Le 7. — Ventre moins ballonné. Température 39°8.

Le 10. — La température monte à 41°. Même état.

Le 15. — L'enfant a une mentalité bizarre. Elle cherche à mordre. Jusqu'au 18, l'enfant présente de la confusion mentale manifeste.

Le 19. — Elle refuse toute nourriture. Dans la nuit, agitation et l'enfant meurt.

Obs. XIII. — Merle... 28 ans.

Entre le 2 Février avec le diagnostic d'embarras gastrique fébrile.

Depuis un mois, malaises et depuis deux semaines, céphalée, fièvre, anorexie, épistaxis.

Contagieux.

Même état. Mouvement de rotation de la tête et points atloïdo-axoïdiens douloureux. Le sciatique est sensible.

Langue saburrale. Rate de 18 centimètres. Poumons : quelques sibilances. Le cœur et le foie sont normaux. La température est à 39°4.

La ponction lombaire est pratiquée le soir. On retire 25 centimètres cubes d'un liquide clair hypertendu dans lequel on trouve 0,44 d'albumine, 0,25 d'urée. 7.02 de chlorures. Lymphocytes, 75 par champ.

Le malade est soulagé et la nuit du 3 est bonne.

Le lendemain 4. — Les points atloïdo-axoïdiens sont encore un peu sensibles, mais les mouvements de rotation ne sont plus douloureux. La température est à 38°2.

Le 4. — L'hémoculture est positive. Bacilles paratyphiques A.

Le 5. — Les douleurs ont presque disparu.

Rhumatisme cervico-sciatique et vaccination antitypho-paratyphique.

A la Réunion de la V^e^ Armée, le 28 Octobre 1916, MM. Nobécourt et Peyre font une communication sur « quelques manifestations de la maladie vaccinale consécutive aux injections antiparatyphiques » (X) et, dans les observations qu'ils donnent, on trouve deux fois le syndrome cervico-sciatique.

Les deux malades sont jeunes, ont 23 et 25 ans. Aussitôt après l'injection, ils sont pris de céphalée et de troubles digestifs. Ils sont amenés dans le service et on observe les mêmes symptômes : anorexie, vomissements,

diarrhée. La céphalée persiste, la fièvre est de 38° dans un cas, de 40° dans l'autre et le pouls n'est pas en rapport avec la température. Les deux malades ont de l'anurie; un a émis à peine quelques gouttes d'urine; l'autre n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures.

Trois jours après l'injection de vaccin, on observe *le syndrome cervico-sciatique.*

Dans les jours qui suivent, les troubles digestifs diminuent, cessent et la diurèse reparaît. Un malade est resté vingt-quatre heures sans uriner, l'autre soixante-neuf heures.

A la première émission d'urines, on les analyse et on les trouve albumineuses. A la sortie de l'ambulance, l'albumine a disparu.

D'autre part, le sang est analysé chez ces deux malades. Le sérum sanguin contient dans un cas 2 gr. 40 d'urée par litre, dans l'autre 1 gr. 45 et cinq et onze jours après ce dernier taux tombe à 0 gr. 92 et 0 gr. 25 avec des constantes d'Ambard de 0,154 et 0,07.

Obs. XIV. — Claver..., 23 ans.

Entre le 30 Janvier 1916, dans l'après-midi.

Il a toujours été bien portant.

Il a reçu 3 injections de sérum antityphique en Avril et Mai 1915, et est actuellement en cours de vaccination antiparatyphique. La première injection de vaccin A B, reçue le 21 ou 22 Janvier, a provoqué des suffocations, de l'anorexie, des vomissements, de la diarrhée. La deuxième a été faite hier matin : elle a été suivie, au bout de quelques minutes d'une sensation de paralysie, d'impotence; le malade n'a pu se déshabiller seul; il se soutenait à peine sur ses jambes; à partir de midi, il n'a pas uriné.

A l'entrée, l'anurie persiste depuis vingt-quatre heures. Il y a une température axillaire à 38°2 et 120 pulsations. Sa respiration est fréquente. Il existe depuis la veille un état nauséeux, des vomissements bilieux, de la diarrhée (8 selles en 24 heures). Le cœur et les poumons sont normaux. Le sérum sanguin obtenu par des ventouses scarifiées placées sur la région lombaire contient 1 gr. 45 d'urée par litre.

Le 31 Janvier. T. 36°6-88-94 pulsations. Le pouls est petit. Le facies est vultueux. L'anurie, les vomissements, la diarrhée persistent. La nuque est douloureuse: les points atloïdo-axoïdiens et apophysaires nettement caractérisés. Les muscles des mollets et des cuisses sont hypéresthésiés; on provoque de la douleur par la pression des points péroniers, fessiers et lombaires sciatiques. L'effleurage de la peau détermine l'apparition d'une raie blanche, rapide et nette.

Le 1er Février. — Le malade se sent mieux, les vomissements et la diarrhée se sont arrêtés. La langue est rouge; il existe un érythème scarlatiniforme sur la face dorsale des mains et des poignets.

A 9 heures, se produit une première émission d'urines qui contiennent de l'albumine en petite quantité L'anurie a duré 69 heures.

Le 2 Février. — Les urines sont abondantes, toujours légèrement albumineuses; l'érythème a disparu.

Le 5 Février. — Il n'y a plus d'albumine.

Le 4 et le 10. — On dose respectivement dans le sérum sanguin 0 gr. 92 et 0 gr. 25 d'urée par litre et les constantes d'Ambard sont de 0,154 et de 0,07 (1).

Le malade sort guéri le 16 Février.

(1) Les recherches chimiques ont été faites par le pharmacien aide-major Larnelle au Laboratoire de Toxicologie du Groupe de brancardiers du corps d'armée.

Obs. XV. — Such..., 25 ans. Entre le 28 Août 1916. Sujet aux bronchites dans le jeune âge, a toujours été bien portant depuis.

En Janvier 1916, il reçoit une injection antityphique. Une demi-heure après, il a des malaises, de la céphalée, des vomissements, de la diarrhée. Le lendemain, il est très amélioré.

Le 28 Août 1916, on lui injecte 1 cm³ 5 de vaccin T.A.B. Au bout d'une demi-heure, il est pris de vomissements, de coliques, de diarrhée, de courbature; la température atteint 40°.

Le 29 Août, après une nuit sans sommeil, il a 37° et 130 pulsations. Il est amené dans le service. Les mêmes symptômes persistent; le pouls est petit et rapide; il existe une hyperesthésie généralisée extrême; le malade déclare n'avoir émis qu'une petite quantité d'urine. Le soir, la température axillaire est de 36°8 le pouls à 100.

Le 30 Août. — Au matin, il y a 36°2. La nuit a été mauvaise. On constate la même hyperesthésie, la flexion de la nuque est douloureuse, ainsi que la pression des points atloïdo-axoïdiens. On provoque un léger signe de Lasègue. Les réflexes patellaires sont normaux. Il se produit des vomissements bilieux et de la diarrhée. La langue est blanche et sèche, les pupilles dilatées. Le malade se plaint de gêne respiratoire; cependant on ne compte que 28 respirations amples et régulières par minute. Le pouls est à 108. Le cœur et le foie sont normaux. La rate mesure 18 centimètres.

Il n'y a pas eu d'urine depuis 24 heures au moins. La vessie est vide. Le soir, il y a 36°5 et 78 pulsations. Le malade a vomi deux fois. Vers 15 heures après l'instillation rectale goutte à goutte d'un litre de sérum artificiel, il a uriné. L'anurie a duré 27 heures environ.

Le sérum du sang prélevé dans la matinée contient 2 gr. 40 d'urée par litre et des pigments biliaires en quantité

notable. Le sérum n'agglutine pas T à 1 p. 30, agglutine A à 1 p. 30 et B à 1 p. 100.

Le 31 Août. — Il y a 56 pulsations matin et soir. L'amélioration est notable, le malade a uriné, il n'a plus vomi, l'hypéresthésie a diminué. La rate mesure 16 centimètres cube. L'albumine est moins abondante.

Le 1er Septembre. — 54-48 pulsations. Diurèse abondante. Plus d'albumine. Le malade guéri quitte le service le 10 Septembre.

Rhumatisme cervico-sciatique et ictère.

A l'Hôpital des contagieux, on ne reçoit pas d'ictères. C'est chez des malades évacués avec le diagnostic soit de courbature fébrile, soit d'embarras gastrique fébrile que l'on a rencontré cinq cas de rhumatisme cervico-sciatique accompagnés d'ictère. Dans un cas, la teinte ictérique existait dès l'entrée du malade à l'hôpital; dans les quatre autres, c'est pendant leur séjour aux contagieux, qu'au cours du rhumatisme cervico-sciatique est apparu l'ictère.

Il est assez difficile de préciser s'il s'agit d'un rhumatisme idiopathique ayant retenti sur le foie et les voies biliaires ou si les manifestations rhumatismales et l'ictère reconnaissant le même agent infectieux. Sans rien préjuger, la coïncidence n'en est pas moins intéressante à noter.

Voici les cinq cas que nous avons observés :

Obs. XVI. — Gril... Y. 34 ans, entre le 9 Janvier pour embarras gastrique fébrile. Il a toujours été bien portant.

Il y a 4 jours, brusquement, il est pris de frissons, de

céphalée, de diarrhée, de fièvre. Après avoir été gardé 2 jours en observation, il est évacué.

A l'entrée, la langue est saburrale. Le ventre, le poumon, le foie n'offrent rien de particulier. La température est de 39°2. L'auscultation du cœur laisse percevoir le dédoublement du 2e bruit.

Le 10. — Les mouvements de rotation et de flexion de la tête, les points atloïdo-axoïdiens, et la pression du globe oculaire sont douloureux. Les sciatiques sont également douloureux, surtout au point péronier. Le Lasègue est très marqué aux 2 membres; on ne trouve pas de Kernig. Il faut noter de la douleur aux articulations du genou. Le cœur est normal. La température est à 38°.

On fait la ponction lombaire, on retire 35 centimètres cubes d'un liquide clair, hypertendu contenant 0,20 d'albumine, 0,21 d'urée et 7,02 de chlorures par litre. Le malade se trouve soulagé.

Le 11. — La température est à 37°3. La céphalée et les douleurs des membres inférieurs persistent, mais celles de la nuque ont disparu.

Le 12. — La température est normale. La nuque et les membres inférieurs sont douloureux; le malade est pris de vomissements et en même temps apparaît un ictère généralisé.

Le 15. — Le malade saigne du nez et les selles sont décolorées.

Le 16. — Les selles sont colorées.

Le 31. — Le malade va bien, mais il persiste une teinte subictérique des conjonctives.

Obs. XVII. — Clav... 27 ans.

Début brusquement il y a 4 jours par céphalée intense sans localisation précise; courbature généralisée, anorexie. Contagieux, 15 Janvier.

La céphalée a diminué, la courbature persiste surtout dans les jambes, la température est à 40°.

Les mouvements de rotation, les points atloïdo-axoïdiens la pression des globes oculaires sont douloureux. Il y a de la photophobie.

Dans les membres inférieurs, on trouve du Lasègue bien marqué et les points du sciatique douloureux.

Le poumon et le foie sont normaux. La rate mesure 19 centimètres.

Au cœur, on trouve le premier bruit sourd.

Le malade présente une teinte subictérique des conjonctives. La ponction lombaire donne 20 centimètres cubes d'un liquide clair hypertendu dans lequel on trouve 0, 46 d'albumine, 0,26 d'urée et 6,12 de chlorure.

Le 16. — On trouve une amélioration sensible comme douleurs, mais un ictère généralisé.

Le cœur est gros, le premier bruit est sourd et faible et s'entend à peine à l'angle gauche de la matité. Le 2e bruit pulmonaire est accentué, dur, métallique.

La pression des phréniques est douloureuse?

Le 17. — Les douleurs cervicales disparaissent; il existe encore un peu de Lasègue.

L'ictère se forme.

Le 1er bruit mitral s'entend mieux à la pointe.

Le soir, vomissements, douleurs à la pression dans la région de la vésicule biliaire.

Le 18. — Souffle mou à la pointe, la matité cardiaque a diminué.

La matité de la vésicule biliaire a un peu augmenté.

Les selles sont décolorées.

A la jambe gauche, le point péronier est encore douloureux; il y eut encore un peu de Lasègue.

Le 19. — Les bruits du cœur sont normaux.

Le 23. — Les matières sont légèrement colorées.

Le 25. — Les matières sont plus jaunes.

Le 7 Février — Le point atloïdo-axoïdien gauche est un peu sensible.

Le 10. — Eruption urticarienne sur les avant-bras et les jambes.

Obs. XVIII. — Langl... 38 ans.

Début il y a 3 jours. Dans la nuit, frissons, fièvre courbature et surtout aux grosses articulations. Contagieux, 17 Avril.

Aux poignets et aux coudes, douleurs sans gonflement. La nuque est légèrement douloureuse les points atloïdo-axoïdiens sont sensibles, la pression du globe oculaire est douloureuse. Céphalée frontale.

Les pieds, les genoux sont également douloureux ; il y a du Lasègue.

Cœur : la pointe est dans le 5e espace sur la verticale mamelonnaire ; les bruits sont normaux.

Le 18. — Même état.

Le 19. — Léger épistaxis, teinte subictérique. Le foie déborde de 2 travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Le 21. — Les selles sont colorées.

Le 22. — Ictère très foncé, épistaxis abondants.

Le 26. — Urines très foncées, les selles sont blanches. L'ictère a tendance à diminuer. Prurit et taches purpuriques.

Le 3 Mai. — Les selles sont toujours décolorées, le purpura disparaît. La région de la vésicule biliaire n'est plus douloureuse.

Le 5. — Le foie ne déborde plus.

Le 6. — Les selles sont colorées.

Le malade a un congé de convalescence de 2 mois.

Obs. XIX. — Prad..., 25 ans. ...e Infanterie.

Depuis 4 jours, le malade a de la fièvre, de la céphalée, des frissons ; il est courbaturé. Il est gardé en observation à

l'infirmerie de son régiment et ce n'est que le 10 qu'il est évacué avec le diagnostic de « courbature fébrile ».

Contagieux, 10 octobre. Le malade est dans le même état ; il se plaint d'insomnie, la température axillaire est de 39°8.

Les mouvements de flexion et de rotation de la tête, les points atloïdo-axoïdiens et les sciatiques sont douloureux. La pression du globe oculaire est également douloureuse. La langue est saburrale, le foie et le poumon n'offrent rien de particulier. La rate est grosse, 20 centimètres. La pointe du cœur est dans le 6e espace intercostal et déviée en dehors de la ligne mamelonnaire. Les bruits sont normaux.

La ponction lombaire est faite le matin même de l'entrée du malade; on retire 20 centimètres cubes d'un liquide clair hypertendu contenant 0,30 d'albumine et le soir, à la contre-visite, on trouve un soulagement cervical très net. La céphalée persiste.

Le 11 Octobre. — Les douleurs sont moins accentuées, les bruits du cœur restent normaux; mais dans la journée le malade saigne du nez, a de la diarrhée. ses téguments présentent une teinte légèrement subictérique.

Le 12 Octobre. — La pointe du cœur est derrière la 6e côte et à un centimètre en dehors de la verticale mamelonnaire. L'oreillette droite déborde de 1 cm. ½ le bord droit du sternum. Le 1er bruit est sourd à la pointe.

Le foie ne déborde pas le rebord des fausses côtes.

On fait une injection intraveineuse d'électrocuprol. Aucune réaction.

Le 13. — Le malade se sent mieux ; il ne souffre plus.

Le premier bruit est moins sourd ; mais le 2e bruit pulmonaire est accentué. Dans la région sternale on trouve un léger bruit de galop et la percussion de la région précordiale fait trouver un gros cœur. Le foie reste normal.

Le 14. — Le cœur garde le même volume. Le 1er bruit mitral est bien frappé et le 2e bruit pulmonaire moins

accentué. Le léger galop constaté la veille est à peine perceptible de temps en temps.

Le 15. — Subictère très net. Les bruits du cœur sont bien frappés; le volume a tendance à diminuer. Le foie n'est ni gros ni douloureux.

Le 16. — Les selles sont colorées. L'ictère s'accentue.

Le 18. — Les selles sont décolorées les bruits du cœur sont bien frappés.

Le 24 Novembre, le malade quitte l'hôpital.

Chez nos cinq malades, on trouve un certain nombre de caractères communs.

Le début de l'ictère a lieu 4 fois à l'ambulance et une fois; on constate un ictère généralisé dès l'entrée. Dans les quatre cas où l'ictère apparaît aux contagieux, on le trouve dans la première semaine du rhumatisme et dans le cinquième cas, le malade est soigné depuis 6 jours à l'infirmerie de son régiment. On peut donc dire que l'apparition de l'ictère se fait de 5 à 8 jours après le début du rhumatisme.

Cet ictère a une *durée* variable suivant les cas. Dans 4 cas, il n'existe plus de traces de jaunisse après 8 jours; dans un cas, on trouve encore 20 jours après, une teinte subictérique des conjonctives.

Les modifications des selles ne tardent pas à suivre l'apparition de l'ictère. On constate la teinte subictérique et 2, 4, 6, 3 jours après, les selles deviennent blanches, fétides. Elles reprennent leur odeur et couleur normales au bout d'une semaine quelquefois de deux (7e, 6e, 16e, 16e jour).

La recherche de *l'albumine* dans les ictères est posi-

tive dans les 5 cas. On trouve des traces nettes d'albumine persistant plusieurs jours, mais disparaissant avant que les malades quittent le service. D'autre part, les urines sont jaune foncé et la réaction de Gmelin met en évidence de nombreux *pigments biliaires*.

L'examen de l'hypocondre droit ne révèle rien de particulier dans trois cas. Chez un malade, on trouve le foie débordant de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes et chez un autre, la région de la vésicule biliaire douloureuse à la percussion. Dans ce dernier cas, on constatait une éruption urticarienne sur les jambes et les avant-bras.

L'examen du cœur n'offre rien de particulier dans trois cas. Dans les deux autres cas, on trouve une fois une endocardite mitrale guérie à la sortie et une autre fois une endocardite mitrale avec dilatation du cœur. Quand le malade quitte l'hôpital, l'endocardite est guérie, mais le cœur continue à rester gros.

La ponction lombaire permet de constater un liquide clair chez les cinq malades. Dans 3 cas, il y a de l'hypertension.

L'albumine est toujours augmentée. Le dosage a été fait 3 fois et a donné 0 gr. 30, 0 gr. 46, 0 gr. 60 par litre.

Chez un seul malade, on a dosé l'urée et les chlorures. On a trouvé 0 gr. 26 d'urée par litre, c'est-à-dire augmentée et 6 gr. 12 de chlorure, quantité presque normale.

Les phénomènes généraux sont peu marqués. La langue est blanche ou saburrale, les vomissements sont fréquents au début, mais ne persistent pas, l'anorexie est constante.

La courbe thermique n'est guère influencée.

On constate chez tous ces malades des tendances aux hémorragies. Des épistaxis sont notés dans 3 cas; dans un autre une éruption urticarienne et enfin il est noté chez le dernier des taches purpuriques avec prurit.

Ces ictères ont été bénins. Les malades sont sortis de l'hôpital, guéris de l'ictère et du rhumatisme; toutefois, dans un cas où il y a eu complication cardiaque (Observation XVII), le malade a quitté l'hôpital avec un cœur augmenté de volume.

Nous nous bornerons à ces simples constatations cliniques sans nous prononcer sur la signification de l'association morbide du rhumatisme cervico-sciatique et l'ictère. D'une part, en effet, les cas d'ictères étaient nombreux dans l'armée et beaucoup d'entre eux, bien que n'ayant pas présenté le syndrome douloureux en question, se sont comportés comme ceux que nous venons de relater.

D'autre part, les rhumatismes cervico-sciatiques, s'accompagnant d'ictère se sont comportés comme ceux où la jaunisse faisait défaut, tant au point de vue des allures cliniques, que des réactions méningées et des cardiopathies.

Chez deux malades, l'apparition d'une cardiopathie semble plaider en faveur de la nature rhumatismale de l'affection.

PRONOSTIC

Dans sa forme simple, sans complications cardiaques, le rhumatisme cervico-sciatique est bénin.

Les vomissements, la diarrhée cessent dès que le malade est au régime et confortablement installé dans un bon lit.

La fièvre dure généralement quelques jours, une semaine au plus. Les douleurs calmées au début par l'aspirine et la ponction lombaire ne durent guère plus que la fièvre dans la majorité des cas.

Après un repos de deux ou même trois semaines, le malade est apte à reprendre son service. Toutefois, au début le pronostic doit être réservé à cause de la fréquence des complications cardiaques. On ne doit déclarer la guérison complète qu'après une observation assez prolongée.

Si le pronostic reste bénin dans la forme simple, il n'en est plus de même quand le rhumatisme cervico-sciatique s'accompagne d'une cardiopathie.

Quand le malade a eu une endocardite, une péricar-

dite, ou un cœur augmenté de volume, il faut se garder de prendre une décision hâtive.

L'endocardite peut évoluer de deux façons, vers la guérison ou vers la constitution d'une lésion organique chronique.

Il faut savoir, que la guérison peut n'être qu'apparente, qu'un assourdissement même léger peut aboutir à un souffle.

Quand l'endocardite évolue vers la guérison, le malade peut être envoyé en convalescence de deux mois. En lui conseillant de s'entraîner progressivement par des marches ou par des exercices ne demandant pas un effort trop prolongé, il peut au bout de ce temps être reversé dans le service armé.

Il sera prudent de détailler sur le certificat de visite les troubles présentés par le malade afin que le médecin du corps ait l'attention attirée sur ce cœur et le surveille attentivement. Dans le chapitre des cardiopathies, on a vu que dans plusieurs cas, les bruits étaient redevenus normaux mais que le cœur était encore augmenté de volume. Les malades de cette catégorie ne doivent pas être considérés comme guéris, et la convalescence n'est pas indiquée pour eux. On les dirigera sur un hôpital de l'intérieur où la cardiomégalie sera attentivement surveillée et traitée.

Dans les cas où l'endocardite évolue et aboutit à la constitution d'une lésion orificielle chronique, le pronostic éloigné reste sombre. Ces malades doivent être versés dans le service auxiliaire ou même réformés.

Les péricardites isolées peuvent guérir; les quatre cas

observés aux contagieux de F... sont guéris; on a donné une convalescence et les soldats ont pu reprendre leur service.

Telle nous paraît la meilleure ligne de conduite à suivre dans les cardiopathies du rhumatisme cervico-sciatique. En agissant de la sorte, on sauvegarde les intérêts de l'Etat et ceux du malade.

DIAGNOSTIC

Une des particularités des malades atteints de rhumatisme cervico-sciatique est d'arriver à l'hôpital, non avec le diagnostic de rhumatisme, mais avec celui de courbature fébrile, d'embarras gastrique fébrile, diagnostic d'attente, ou avec celui de méningite cérébro-spinale présumée, quelquefois affirmée.

A l'interrogatoire du malade on apprend que le début a été assez brusque. L'examen permet de constater de la douleur dans les mouvements de rotation, quelquefois de flexion de la tête, de la douleur provoquée par la pression au niveau des points atloïdo-axoïdiens, des signes de sciatiques au moins légers avec du Lasègue généralement dans les deux membres. On a les symptômes cardinaux du rhumatisme cervico-sciatique.

En présence de ce syndrome, il ne faut pas affirmer d'emblée le rhumatisme vrai. Il peut s'agir soit d'un rhumatisme symptomatique d'une autre affection, fièvre typhoïde ou paratyphoïde, soit d'une réaction méningée d'autre nature, ou même d'une vraie méningite cérébro-

spinale ou tuberculeuse. Ce n'est qu'après avoir éliminé ces différentes variétés que l'on doit faire intervenir le rhumatisme vrai.

On a vu dans le chapitre des cardiopathies, combien étaient fréquentes les complications cardiaques au cours du rhumatisme cervico-sciatique; on pensera donc à cette affection, toutes les fois que l'on trouvera une endocardite, une péricardite, une augmentation du volume du cœur, ou le syndrome myocarditique.

Quand le début n'est pas brusque, que la température suit une courbe ascendante, c'est à une affection typhoïdique ou paratyphoïdique qu'il faut penser. Toutefois, il faut savoir que cette évolution et la symptomatologie ne sont pas toujours caractéristiques.

La fièvre continue, montant progressivement pendant la première semaine, le grand symptôme de la dothiénentérie au début ne se rencontre pas toujours. Il arrive parfois, de constater des oscillations brusques de température, de voir le thermomètre monter à 39°, 40° dès le 2e jour. La loi de Wunderlich qui dit que toute pyrexie qui, en deux jours, atteint 40° n'est pas une fièvre typhoïde souffre de nombreuses exceptions. Le diagnostic de la fièvre typhoïde ou paratyphoïde ne peut donc être affirmé que par le séro-diagnostic et l'hémoculture.

C'est avec la méningite cérébro-spinale qu'il sera le plus délicat de différencier le rhumatisme.

Si le malade a de la contracture de la nuque nettement caractérisée, de la rachialgie, du Kernig vrai, la raie méningitique, les réflexes cutanés ou tendineux exa-

gérés ou à un stade ultérieur, de la cécité, de la surdité du strabisme, du myosis, de l'inégalité pupillaire traduisant une lésion des nerfs craniens de la base; si enfin on le voit au stade de convulsions dans le délire ou le coma, le diagnostic est facile. Mais il est des cas où tous ces symptômes font défaut, où la contracture de la nuque et le Kernig sont peu marqués, et c'est l'élément douleur qui domine, et alors l'erreur est facile à commettre entre le rhumatisme cervico-sciatique et la méningite.

C'est à l'Hôpital des contagieux de Besançon en 1915 qu'un malade évacué comme suspect de méningite cérébro-spinale attire l'attention de M. Nobécourt. Il analyse les symptômes, constate la gêne des mouvements de rotation de la tête arrêtés par la douleur, la conservation à peu près complète des mouvements de flexion, l'absence d'une véritable raideur de la nuque et de Kernig et il établit le premier diagnostic de rhumatisme cervico-sciatique, en éliminant celui de méningite cérébro-spinale.

Depuis ce temps, nombreux sont les cas de ce genre observés à l'Hôpital des contagieux de F...

Dès le premier examen, en présence des symptômes, on arrive à une présomption; mais le diagnostic n'est affirmé que par la ponction lombaire et l'étude du liquide céphalo-rachidien.

Il est généralement hypertendu dans les deux affections; mais si dans le rhumatisme, il est clair, limpide, dans la méningite, il est trouble ou au moins louche et son seul aspect permet le diagnostic au lit du malade.

L'examen chimique et cytologique montre un liquide différent suivant l'affection.

Dans le rhumatisme cervico-sciatique, l'élévation du taux de l'albumine est presque constante et les réactions leucocytaires inconstantes et d'intensité variable. La formule est tantôt lymphocytique, tantôt mixte avec prédominance soit de lymphocytes, soit plus rarement de polynucléaires; mais les leucocytes manquent souvent ou sont en petit nombre.

Dans la méningite cérébro-spinale, l'albumine est également augmentée; mais les réactions leucocytaires sont différentes de celles observées au cours du rhumatisme. On a, en effet un liquide purulent ou louche, riche en polynucléaires et renfermant des méningocoques.

Si le diagnostic par l'examen du liquide céphalo-rachidien est facile et sûr dans la méningite cérébro-spinale; il peut permettre la confusion entre la méningite tuberculeuse et le rhumatisme cervico-sciatique.

Le début de la méningite tuberculeuse insidieux et à allures irrégulières, diffère de celui du rhumatisme qui est brusque; toutefois, chez un de nos malades ayant présenté le syndrome rhumatismal, la ponction lombaire a laissé le diagnostic en suspens pendant quelques jours.

Obs. XX. — N... Jean, vingt-deux ans, entre le 21 Avril 1916, avec le diagnostic de *courbature fébrile*. Il a été pris brusquement, cinq jours auparavant, de fièvre, de céphalée, de vomissements. La température axillaire est de 39°4, le pouls à 88. Les mêmes symptômes persistent; la

pression des yeux est douloureuse; la nuque est douloureuse et les mouvements en sont gênés; il y a une ébauche de Lasègue, mais la raideur de la nuque et le Kernig font défaut.

Pendant 3 ou 4 jours, les phénomènss douloureux s'accentuent; la céphalée est très vive. Puis apparaissent du strabisme et de la raideur de la nuque. Finalement le diagnostic de méningite tuberculeuse devient évident.

Le malade meurt le 29 Avril et l'autopsie vérifie le diagnostic.

Le liquide céphalo-rachidien était hypertendu, limpide, très albumineux et la numération des leucocytes donnait :

22 avril 166 leucocytes par millimètre cube.
23 — 244 — — —
24 — 328 — — —
24 — 101 — — —

Chez ces malades, le nombre de leucocytes était inférieur à celui trouvé chez deux soldats atteints du syndrome rhumatismal, et ce n'est que la persistance de l'affection ainsi que l'apparition de nouveaux symptômes qui ont permis de faire le diagnostic.

Comme on peut le constater dans le chapitre des formes cliniques, le syndrome cervico-sciatique marque parfois le début d'une affection typhoïdique ou paratyphoïdique. Chez une fillette de 9 ans (Obs. XII) envoyée à l'Hôpital des contagieux comme suspecte de méningite cérébro-spinale, le diagnostic se pose d'abord avec la méningite tuberculeuse, puis on constate qu'il s'agit de rhumatisme cervical et de névralgie sciatique associés.

Trois jours après, l'hémoculture donne du bacille d'Eberth et le séro-diagnostic suivant la méthode de

Widal est positif pour le bacille typhique à 1/100. On sait que le torticolis est un symptôme fréquent au début de la fièvre typhoïde chez l'enfant.

Il est des cas où le syndrome cervico-sciatique est symptômatique d'une réaction méningée plus importante que celle constatée habituellement. La cause de cette réaction méningée n'a pu être élucidée. Il en a été ainsi chez deux malades. La ponction lombaire donne un liquide hypertendu, hyperalbumineux et dans l'énumération des leucocytes, on compte de nombreux lymphocytes. On pense à la méningite tuberculeuse; au bout de quelques jours, le malade est guéri.

Obs. XXI. — M... 29 ans. Infanterie.

Début il y a 5 jours, pas céphalée intense, catarrhe oculo-nasal, courbature généralisée, frissons, fièvre, épistaxis répétés 4 fois.

Évacué le 25 Janvier pour courbature fébrile.

Le jour de son arrivée aux Contagieux, la fièvre est à 39°4, la céphalée et la courbature persistent. Le malade a de la diarrhée et urine difficilement.

La nuque est raide. La pression des points atloïdo-axoïdiens et du globe oculaire est douloureuse. Il existe du Lasègue. Pas de Kernig. Le ventre un peu ballonné présente des taches rosées suspectes. Le foie déborde de 2 travers de doigt le rebord des fausses côtes. On fait une ponction lombaire; on retire 35 centimètres cubes d'un liquide clair, hypertendu dans lequel on trouve 0 gr. 24 d'albumine, 0 gr. 50 d'urée et 7 gr. 02 de chlorures. *Réactions leucocytaires abondantes. Lymphocytose abondante.*

Le 26. — La nuque est raide, la flexion est encore douloureuse.

Il existe du Lasègue, mais pas de Kernig. La fièvre est à

39°4. On fait une nouvelle ponction lombaire. *Nombreux leucocytes* et *les lymphocytes dominent.*

Le 27. — Diminution des douleurs.

Le 28. — Epistaxis. Nuque un peu raide. Un peu de Lasègue.

Le 29. — Le malade se plaint de céphalalgie. A 3 reprises, légers épistaxis.

On fait une nouvelle ponction de 15 centimètres cubes de liquide. Deux heures après, le malade est soulagé. Dans le liquide, pas de leucocytose.

Le 30. — Encore un peu de raideur dans la nuque paraissant dépendre de la douleur. Le malade ne souffre plus.

Le 31. — Mieux continu. Encore un épistaxis dans la nuit.

Obs. XXII. — Parm..., 31 ans.

Il y a 8 jours, céphalée, angine et rachialgie. Il y a deux jours, épistaxis. Evacué le 19 Octobre avec diagnostic d'embarras gastrique fébrile, céphalée, rachialgie.

Contagieux, le 19.

Langue légèrement saburrale, l'haleine fétide, plus d'angine.

Le ventre est légèrement ballonné et douloureux au niveau de la vésicule biliaire. Le foie est normal. Quelques râles de bronchite, le cœur est normal et la rate mesure 17 centimètres. La température est à 38°2. Le pouls à 80.

La nuque est douloureuse aux points atloïdo-axoïdiens.

On trouve du Lasègue, un peu de Kernig et les sciatiques douloureux sur leur trajet.

On fait une ponction lombaire. On retire 16 centimètres cubes d'un liquide presque clair, non hypertendu, dans lequel on trouve 1.060 leucocytes par millimètre cube.

Le 20. — La nuque est moins douloureuse, mais encore un peu raide.

La ponction a soulagé le malade. Léger Kernig et raie blanche peu nette. Pouls 72. Respiration 24.

L'examen des urines révèle des traces nettes d'albumine. Température : 37°.

Le 21. — Grande amélioration. Les douleurs des membres inférieurs ont disparu, pas de Kernig, pas de Lasègue. Raie blanche tardive assez nette. Pas de douleur, ni de rondeur de la nuque.

Les jours suivants, la température reste normale, les traces d'albumine disparaissent complètement le 12 Novembre. L'état général du malade s'améliore, il quitte l'ambulance le 26 avec une permission de 7 jours.

S'il n'est pas recherché d'une façon presque systématique, le rhumatisme cervico-sciatique est facilement méconnu et ainsi peuvent s'expliquer ces cas d'endocardites ou de péricardites dont la nature échappe. D'autre part, il peut prêter à confusion et faire penser à une méningite.

Presque toujours la ponction lombaire soulage le malade; en outre de son but thérapeutique, elle permet de faire le diagnostic.

TRAITEMENT

Quand le rhumatisme cervico-sciatique reste simple, le traitement est facile.

Voici le traitement qui était appliqué à l'hôpital des contagieux.

La première préoccupation du personnel attaché à l'ambulance est de procéder à la toilette rigoureuse du malade, dès son arrivée.

Il n'est pas indispensable d'avoir à sa disposition des baignoires ou des douches fonctionnant régulièrement. Des infirmières dévouées arrivent facilement, avec des serviettes trempées dans de l'eau tiède, à rendre le sujet propre.

La toilette terminée, le malade est installé confortablement dans un bon lit, et aussitôt après l'examen, on institue le traitement.

Les vomissements du début persistent parfois quand le malade arrive à l'hôpital. La suppression des aliments et des boissons a facilement raison de ces vomissements. La diarrhée est arrêtée par la diète hydrique, sans qu'on ait recours au bismuth, au tannigène ou à

tout autre astringent. La constipation cède à 15 ou 20 grammes de sulfate de soude, ou même à un lavement.

La température n'est généralement ni très élevée, ni de longue durée; aussi les draps mouillés ne sont pas indiqués. On combat la fièvre et les douleurs, on donne de l'aspirine avec du salicylate de soude qui sont les médicaments classiques du rhumatisme.

On prescrit deux ou trois comprimés d'aspirine de 0 gr. 50 et on applique de la pommade salicylée au dixième au niveau de la nuque. Le rhumatisme cervical et la névralgie sciatique cèdent assez rapidement à ce traitement.

En outre dans bien des cas on a recours à la ponction lombaire.

Dans les chapitres précédents, on a déjà vu combien était précieuse et indispensable l'étude du liquide céphalo-rachidien pour pouvoir élucider le diagnostic. En outre de sa grande valeur pour le diagnostic, la ponction lombaire constitue un mode de traitement de premier choix.

La céphalée frontale vive, la douleur à la pression du globe oculaire, les névralgies du sciatique, quelquefois une légère contracture de la nuque et même un peu de Kernig, tous ces symptômes ne peuvent être expliqués que par des réactions méningées. On retire donc 10, le plus souvent entre 20 et 30 et quelquefois même 40 centimètres cubes d'un liquide clair, sous forte pression, coulant en gouttes rapides, parfois en jet. Il faut éviter de trop retirer de liquide, sinon on provoque l'appari-

tion de sensations, de battements intra-crâniens désagréables pour le malade, et une céphalalgie qui peut être pénible et durable.

Dans presque la totalité des cas, la ponction lombaire soulage le malade en diminuant l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et souvent le soulagement est presque immédiat.

Le rhumatisme cervico-sciatique compliqué d'une cardiopathie, demande une thérapeutique particulière associée à la précédente.

Le malade est gardé au lit dans l'immobilité aussi complète que possible et soumis au régime lacté ou lacto-végétarien. Comme boisson on donne des eaux minérales alcalines (Vals ou Vichy).

Le traitement médicamenteux est externe ou interne. Externe dans les péricardites, les augmentations de volume du cœur et même dans le syndrome myocarditique, interne dans les endocardites.

Comme médication externe, on utilise la révulsion au niveau de la région précordiale avec un sinapisme ou avec des ventouses scarifiées. Quand le cœur est très gros, on met des compresses froides, ou mieux une vessie de glace. La glace constitue un excellent moyen pour combattre l'atonie du myocarde, la tachycardie, en même temps que la douleur et les autres symptômes subjectifs.

Le cœur des malades auscultés systématiquement tous les jours permet de dépister l'assourdissement des bruits dès le début et par suite d'instituer un traitement rapide. On a fait des injections intraveineuses du col-

largol et d'électrocuprol. Il est intéressant de comparer les résultats donnés par les injections d'argent et de cuivre colloïdal.

Malades traités par l'électrocuprol.

Les malades qui ont reçu des injections de collargol n'ont pas présenté des modifications appréciables des bruits. Dans les sept cas, ces bruits restent sourds après les injections intraveineuses.

Avec l'électrocuprol, au contraire, ils paraissent modifiés. Ils sont mieux frappés dans les six cas mentionnés et les malades sont envoyés en convalescence à la sortie de l'hôpital.

Dans quatre cas les bruits sont normaux; dans deux, ils sont mieux frappés, mais encore assez faibles. Les cas sont trop peu nombreux pour permettre de conclure à l'efficacité réelle de ce médicament, et d'autre part, il faudrait revoir les malades au bout de quelques mois pour pouvoir affirmer leur guérison.

Après la période aiguë, quand les malades évacués sont partis en convalescence, le traitement n'était pas encore terminé et il a été impossible de les suivre.

Au traitement médicamenteux, doit succéder en effet une hygiène en rapport avec les troubles cardiaques présentés par les malades. Ceux qui sont évacués à l'intérieur sont suivis d'une pochette dans laquelle le médecin trouve tous les renseignements et par suite les malades continuent à être surveillés et traités.

Ceux qui sont envoyés en convalescence sont engagés à s'entraîner progressivement. On leur conseille la marche, dont ils peuvent chaque jour augmenter la rapidité et la durée. En agissant de la sorte, ils n'exposent pas leur cœur à un effort continu et prolongé et évitent par suite la dilatation cardiaque.

CONCLUSIONS

Le rhumatisme cervico-sciatique est donc caractérisé par la raideur de la nuque. des douleurs dans les membres inférieurs et des modifications du liquide céphalo-rachidien.

On observe en outre d'autres symptômes mais présentant moins d'intérêt : céphalée, vomissements, température légère quelquefois nulle, augmentation du volume de la rate et parfois du foie.

L'évolution du rhumatisme cervico-sciatique est rapide et généralement il reste simple.

Cependant nous avons observé assez fréquemment des troubles des séreuses cardiaques : endocardite, péricardite, syndrome myocarditique, variation du volume du cœur.

Chez cinq de nos malades avec le syndrome cervico-sciatique existaient des ictères bénins. Il était difficile de préciser si le rhumatisme idiopathique avait agi sur le foie ou si l'ictère reconnaissait le même agent infectieux.

Pronostic. — Bénin dans sa forme simple, il doit être réservé quand il se complique d'une affection cardiaque.

Diagnostic. — Il devra être fait avec les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes quand le rhumatisme évolue progressivement, mais c'est surtout, avec la méningite tuberculeuse et cérébro-spinale qu'il faudra le différencier.

La ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien permettront souvent de faire le diagnostic au lit du malade.

Traitement. — Se résumera à mettre le sujet dans les meilleures conditions d'hygiène, à lui administrer de l'aspirine pour calmer la fièvre et les douleurs, à frictionner les points douloureux avec de la pommade salicylée au 1/10e.

Pour les affections cardiaques, il sera externe dans les péricardites, les augmentations de volume du cœur, le syndrome myocarditique.

(Révulsion au niveau de la région précordiale avec pointes de feu, ventouses scarifiées, sinapismes, compresses froides, glace, etc.). Il sera interne dans les endocardites.

Nous avons fait des injections intra-veineuses de collargol et d'électrocuprol.

Les cas traités sont trop peu nombreux pour nous permettre de conclure à l'efficacité réelle de ces médicaments, et d'autre part il nous aurait fallu revoir ces malades pour pouvoir affirmer leur guérison.

Néanmoins si le collargol n'a pas donné de modifications appréciables des bruits, l'électrocuprol paraît les avoir modifiés.

Dans quatre cas, les bruits sont normaux à la sortie de l'ambulance; dans deux, ils sont mieux frappés mais encore faibles.

Vu : le Président,
HUTINEL

Vu: le Doyen,
H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. **Nobécourt.** — Syndrome clinique de rhumatisme cervical et de névralgies sciatiques associés. Réactions méningées. Complications cardiaques. Diagnostic avec la méningite cérébro-spinale. (*Soc. Méd. des hôpitaux*, 14 Janvier 1916).

II. **Nobécourt et Peyre** — Endocardites et péricardites aiguës rhumastimales chez les soldats du front. (*Soc. Méd. des hôpitaux*, 25 Février 1916).

III. — Les variations du volume du cœur dans le syndrome de rhumastisme cervical et de névralgies sciatiques associés. (*Archives des maladies du cœur*, Décembre 1916).

IV. **Nobécourt.** — *Cardiopathies de l'enfance*, Paris 1914.

V. **Nobécourt, Escallon et Peyre.** — Le liquide céphalo-rachidien dans le syndrome de rhumatisme cervical et de névralgies sciatiques associés. (*Soc. Méd. des hôpitaux*, 24 Mars 1916).

VI. **Nobécourt et Peyre.** — Numération des leucocytes du liquide céphalo-rachidien dans le syndrome de rhumatisme cervical et de névralgies sciatiques associés. (*Soc. Méd des hôpitaux*, 7 Juillet 1916).

VII. — Résultat des hémocultures pratiquées chez

128 malades du service des contagieux de F... (*Soc. Méd. des hôpitaux*, 13 Octobre 1916).

VIII. — Numération des leucocytes et dosage de l'albumine du liquide céphalo-rachidien au cours des méningites cérébro-spinales à méningocoques. (*Presse Médicale*, 19 Octobre 1916, n° 58).

IX. — Résultats des séro-diagnostics pratiqués dans le service des contagieux de F... (*Soc. Méd. des hôpitaux*. 20 Octobre 1916).

X. — Sur quelques manifestations de la maladie vaccinale consécutive aux injections antiparatyphiques. (A. B. et T. A. B.). (*Soc. Méd. des hôpitaux*, 3 Novembre 1916).

XI. — Endocardites et péricardites aiguës chez les soldats du front. (*Soc. Méd. des hôpitaux*, 8 décembre 1916).

Coulommiers. — Imp. Dessaint et Cie, 41, rue de Melun.